



Université de Sherbrooke

**Expérience d’infirmières immigrantes durant le programme collégial « Intégration à la profession infirmière du Québec » (CWA.0B)**

Par  
Karine Philibert, inf. B. Sc.  
Programmes de sciences cliniques

Mémoire présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé  
en vue de l’obtention du grade de maître ès sciences (M. Sc.)  
en sciences cliniques

Sherbrooke, Québec, Canada  
Avril 2015

Denise St-Cyr Tribble, directrice, programmes de sciences cliniques, Faculté de médecine,  
Université de Sherbrooke  
Chantal Doré, co-directrice, programmes de sciences cliniques, Faculté de médecine,  
Université de Sherbrooke  
Louise O’Reilly, co-directrice, programmes de sciences cliniques, Faculté de médecine,  
Université de Sherbrooke  
Édith Ellefsen, évaluatrice interne, programmes de sciences cliniques, Faculté de médecine,  
Université de Sherbrooke  
Patricia Germain, évaluatrice externe, Université du Québec à Trois-Rivières

# **Expérience d'infirmières immigrantes durant le programme collégial « Intégration à la profession infirmière du Québec » (CWA.0B)**

Par  
Karine Philibert  
Programmes de sciences cliniques

Mémoire présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé en vue de l'obtention du diplôme de maître ès sciences (M. Sc.) en sciences cliniques, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada, J1H 5N4.

Le Québec souffre d'une pénurie importante d'infirmières qui ne cesse d'augmenter. Le recrutement d'infirmières immigrantes est l'une des stratégies proposées pour pallier à cette pénurie. Parmi celles-ci, les infirmières immigrantes issues de la francophonie (en excluant la France, la Belgique et la Suisse) sont parmi les plus susceptibles de s'intégrer à long terme à notre système de santé. Avant de pouvoir travailler au Québec, toutefois, plusieurs d'entre elles doivent compléter la formation CWA.0B « Intégration à la profession infirmière du Québec ». Or, on observe que le taux de réussite à la formation reste faible. Les raisons de ce faible taux de réussite sont encore mal connues, puisqu'il existe peu d'études au Québec comme à l'étranger sur l'intégration des infirmières immigrantes.

Cette étude a pour but d'analyser cette problématique en explorant l'expérience d'intégration des infirmières immigrantes complétant le programme CWA.0B. Il s'agit d'une étude qualitative de type exploratoire. Dix-huit infirmières immigrantes complétant le programme CWA.0B ont participé à deux entrevues semi-dirigées chacune. L'approche anthropo-biologique de Marie-France Collière et plus précisément sa dynamique structurante (2001) a permis de saisir leur expérience dans toute sa complexité en la situant dans un contexte élargi.

Les résultats révèlent plusieurs facteurs influençant l'expérience d'intégration des infirmières inscrites au programme « Intégration à la profession infirmière du Québec ». Ces facteurs sont regroupés autour de trois grands thèmes. Le premier thème révèle l'influence de l'histoire de vie sur l'expérience de la formation, soit l'impact du parcours prémigratoire, les difficultés rencontrées au cours du processus d'immigration ainsi que les stratégies employées par les participantes pour les surmonter. Le deuxième thème explore l'expérience des participantes durant le programme de formation. Celui-ci est apprécié dans son ensemble, mais à réajuster dans son volet d'encadrement clinique. Ces difficultés liées au manque d'encadrement sont également explorées. Le dernier thème dévoile l'influence du contexte socioculturel sur l'expérience de la formation, soit l'appréciation des différences culturelles entre le Québec et le pays d'origine des participantes, les défis à relever au plan de la conciliation entre les études, la famille et le travail, et finalement, les stratégies employées pour relever ces défis.

Mots clés : infirmières immigrantes; programme CWA.0B, expérience d'intégration; intégration professionnelle, infirmières francophones, différences culturelles

## Table des matières

Liste des tableaux.....	v
Liste des figures.....	vi
Liste des abréviations.....	vii
1. Problématique .....	8
Pertinence de l'étude .....	15
2. Recension des écrits .....	17
Méthodologie et limites des études recensées .....	21
Difficultés rencontrées durant le parcours migratoire .....	24
Expérience d'intégration professionnelle des infirmières immigrantes .....	28
Différences culturelles rencontrées .....	32
Différences dans la communication .....	36
Approche anthropo-biologique de la recherche : la dynamique structurante de Collière .....	38
Objectifs spécifiques de l'étude .....	41
3. Méthodologie .....	42
Devis de l'étude.....	42
Échantillonnage .....	42
Taille de l'échantillon.....	43
Critères d'inclusion et d'exclusion.....	44
Collecte de données.....	44
Instruments de la collecte de données .....	46
Analyse des données .....	46
Les critères de scientificité .....	47
Considérations éthiques.....	48
4. Résultats .....	50
Profil sociodémographique des participantes.....	50
Émergence des résultats reliés à l'objectif 1 : Explorer l'influence du sexe, de l'âge et de l'histoire de la participante sur son expérience de la formation « Intégration à la profession infirmière du Québec » .....	52
Sous-thème 1.1 : Impact du parcours prémigratoire.....	53
Sous-thème 1.2 : Difficultés rencontrées au cours du processus d'immigration et stratégies employées pour les surmonter.....	56
Émergence des résultats reliés à l'objectif 2 : Examiner les perceptions des infirmières à l'égard du programme CWA.0B « Intégration à la profession infirmière du Québec ».....	61
Sous-thème 2.1 : Formation appréciée dans l'ensemble.....	62
Sous-thème 2.2 : Difficultés liées au manque d'encadrement en milieu clinique.....	65
Émergence des résultats reliés à l'objectif 3 : Décrire l'influence de l'entourage social et environnemental sur l'expérience des infirmières DHQ ayant complété la formation d'intégration professionnelle obligatoire au collégial .....	70
Sous-thème 3.1 : Appréciation des différences culturelles entre le Québec et le pays d'origine .....	71

Sous-thème 3.2 : Défis et stratégies de conciliation entre les études, la famille et le travail.....	76
5. Discussion .....	82
Résultats saillants de l'étude .....	82
Résultats novateurs de l'étude.....	88
Retombées anticipées .....	94
Forces et limites de l'étude.....	95
Conclusion .....	97
Remerciements.....	99
Références.....	100
Annexe 1 .....	106
Annexe 2 .....	109
Annexe 3 .....	113
Annexe 4 .....	131

## Liste des tableaux

Tableau 1 <i>Caractéristiques des études recensées</i> .....	19
Tableau 2 <i>Nombre d'années d'études en soins infirmiers des participantes</i> .....	51
Tableau 3 <i>Nombre d'années d'expérience professionnelle des participantes</i> .....	51
Tableau 4 <i>Émergence du thème, sous-thèmes et indicateurs reliés à l'objectif 1</i> .....	53
Tableau 5 <i>Émergence du thème, sous-thèmes et indicateurs reliés à l'objectif 2</i> .....	61
Tableau 6 <i>Émergence du thème, sous-thèmes et indicateurs reliés à l'objectif 3</i> .....	71

## Liste des figures

<i>Figure 1.</i> Cheminements possibles de l’infirmière immigrante diplômée hors-Québec (DHQ). Agence de la Santé et des Services sociaux de Montréal .....	11
<i>Figure 2.</i> Processus d'intégration et de rétention des infirmières diplômées hors-Québec dans le système de santé québécois. ....	14
<i>Figure 3.</i> Origine nationale des infirmières immigrantes ayant complété la formation CWA.0B au Cégep 1 entre 2008 et 2010. ....	15
<i>Figure 4.</i> Dynamique structurante de Collière.....	40

### **Liste des abréviations**

AIIC :	Association des infirmières et infirmiers du Canada
ARM :	Arrangement de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles
CVM :	Cégep du Vieux-Montréal
DHQ :	Diplômées hors-Québec
MICC :	Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIF :	Organisation internationale francophone
OIIQ :	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
PRT :	Permis restrictif temporaire
PTR :	Permis temporaire avec restrictions
RSQ :	Recrutement santé Québec



## 1. Problématique

Ce premier chapitre présente la problématique liée à l'intégration professionnelle des infirmières immigrantes. L'objectif principal de l'étude est ensuite présenté. Le chapitre conclut sur la pertinence d'étudier l'expérience d'intégration des infirmières immigrantes à notre système de santé québécois.

Un peu partout dans le monde, on observe une pénurie de professionnels de la santé qualifiés, dont un manque crucial d'infirmières accréditées (Adams & Kennedy, 2006; OMS, 2010). Plusieurs raisons sont avancées pour expliquer cette situation déplorable. Parmi celles-ci, notons la mauvaise gestion des soins de santé (Little, 2007; O'Brien & Gostin, 2011; Simoens, Villeneuve, & Hurst, 2005), le vieillissement de la population (Tremblay, 2008; OCDE/OMS, 2010), des conditions de travail difficiles et une dévaluation des métiers du soin (Buchan & Aiken, 2008; Littlejohn, Campbell, Collins-McNeil & Khayile, 2012). Le contexte de mondialisation aidant, plusieurs pays se tournent maintenant vers le recrutement international pour répondre à leurs besoins en matière d'expertise en santé. Les soignants, notamment les infirmières et les médecins, sont ainsi devenus l'un des principaux groupes de migrants professionnels à l'échelle mondiale, et leur nombre ne cesse d'augmenter (OCDE/OMS, 2010).

Les auteurs (Kline, 2003; Labonté, Packer & Klassen, 2006) séparent en facteurs *push* et *pull* les forces historiques, politiques, économiques et culturelles modelant les parcours migratoires des professionnels de la santé. Les facteurs *push* appartiennent aux pays d'origine et poussent les professionnels de la santé à émigrer, alors que les facteurs *pull* attirent les migrants vers les pays receveurs. Labonté, Packer et Klassen (2006) divisent les facteurs *push* et *pull* en six catégories, soit la sécurité en emploi ; les conditions de travail ; les considérations politiques et économiques ; la sécurité physique ; la qualité de vie ; l'éducation.

Yeates (2009) décrit les routes de migration empruntées par les soignants, professionnels ou non, comme autant de chaînes mondiales de soins (global care chains). Les pays les plus fortunés y proposent de meilleures conditions de vie, de meilleurs salaires et des opportunités de carrière plus intéressantes (Aiken, Buchan, Sochalski, Nichols, & Powell, 2004; Kline, 2003) afin de recruter dans les pays moins nantis, qui se révèlent alors incapables de retenir leurs professionnels de la santé ou dont les facteurs *push* plus nombreux incitent à émigrer (Kingma, 2007; Little, 2007; McIntosh, Torgerson, & Klassen, 2007). On parle de chaîne de soins parce que les pays impuissants à retenir leur personnel sanitaire qualifié iront eux-mêmes recruter dans d'autres pays plus démunis. La pénurie de professionnels soignants qui en résulte pour les pays les plus vulnérables de la planète soulève d'ailleurs des questions éthiques importantes qui ne font pas l'objet de ce mémoire mais qu'il nous semble essentiel de mentionner ici (Aiken et al.; Kaelin, 2010). Par exemple, les pays possédant davantage de facteurs *pull* ont-ils la responsabilité d'aider les pays où ils recrutent massivement?

Le Canada se révèle un important pays recruteur d'infirmières immigrantes (Horne, 2011; Kline, 2003; Wismar, Maier, Glinos, Dussault, & Figueras, 2011) afin de répondre au manque considérable de professionnels sanitaires dans son système de santé. Par exemple, en 2006, 11 000 infirmières supplémentaires auraient été nécessaires pour répondre à la demande nationale et on prévoit une augmentation de cette pénurie au cours des prochaines années (AIIC, 2013). Selon certains auteurs (Buerhaus, Donelan, Ulrich, Norman, DesRoches, & Dittus, 2007; Sechrist, Lewis, Rutledge, & Keating, 2002), un tel déficit de main-d'œuvre a des répercussions négatives non négligeables, autant sur l'accès que sur la qualité des soins prodigués.

Heureusement, le recrutement international canadien semble porter fruits. Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (2013), près de 7 % des infirmières accréditées canadiennes ont été formées à l'extérieur du pays. Ces infirmières sont principalement originaires des Philippines, des États-Unis, d'Irlande, de la Nouvelle-Zélande, de l'Australie, de l'Inde et du Royaume-Uni (Jeans, Hadley, Green, & Da Prat, 2005; Little, 2007). De son côté, selon les dernières projections du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2013 dans Primeau, 2014), le Québec sera confronté à une pénurie de

4 258 infirmières d'ici 2017-18. Déjà, en date du 31 mars 2011, 2 179 infirmières supplémentaires à temps complet auraient été nécessaires afin de répondre adéquatement aux besoins en soins de santé de la population québécoise. Le recours à la main-d'œuvre immigrante fait partie des stratégies proposées par l'OIIQ (2007) et le MSSS (2008) pour pallier à cette pénurie d'infirmières accréditées. Des infirmières sont ainsi recrutées activement par Recrutement Santé Québec (RSQ), en partenariat avec le ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles (MICC) et le MSSS. Un nombre important d'infirmières entrent encore au Canada dans le cadre d'un regroupement familial ou en tant que réfugiées (Hawthorne, 2007, via Kolawole, 2009).

Au Québec, ces stratégies de recrutement des infirmières immigrantes semblent donner de bons résultats. En effet, en 2006-2007, plus de 60 % des demandes d'information reçues au Comité d'admission par équivalence de l'OIIQ provenaient d'infirmières hors-Québec (OIIQ, 2007). Les demandes d'équivalences, soumises à l'OIIQ par les infirmières immigrantes, ont augmentées de plus de 300 % entre 1998 et 2002. Alors que l'OIIQ avait distribué 58 équivalences partielles en 2001-2002 en réponse à de telles demandes, ce nombre grimpe à 248 en 2009-2010. Malgré tout, la proportion d'infirmières inscrites au tableau de l'OIIQ et ayant obtenu leur premier diplôme hors-Québec passe de 4,8% en 2000-2001 à 4,3 % en 2009-2010. (OIIQ, 2010).

Aucune statistique publiée ne permet de connaître les pays d'origine des infirmières décidant d'immigrer au Québec, mais le caractère français de la province laisse supposer que ces pays sont différents de ceux du reste du Canada. Par exemple, nous savons de par notre propre expérience que les infirmières immigrantes complétant le programme d'intégration obligatoire CWA.0B au cégep du Vieux-Montréal entre 2008 et 2010 étaient en majorité originaires d'Haïti, du Petit Maghreb et de l'Europe de l'Est. De son côté, RSQ recrute des infirmières en Inde et en France.

Une fois au pays, ces infirmières immigrantes doivent entamer un long processus de reconnaissance des acquis et de mise à niveau avant d'espérer obtenir leur permis de pratique québécois. Elles doivent d'abord soumettre leurs documents au comité administratif de l'OIIQ chargé d'évaluer les demandes de reconnaissance d'équivalences (reconnaissance des acquis). Ces dossiers y sont évalués cas par cas, en tenant compte des

diplômes en soins infirmiers obtenus antérieurement, de l'expérience professionnelle jugée pertinente, de l'adéquation entre les cadres juridiques et légaux du pays de pratique antérieur et les cadres juridiques et légaux québécois (OIIQ, 2007). Après quoi, le comité administratif tranche parmi trois cheminements possibles pour l'infirmière immigrante (Figure 1).

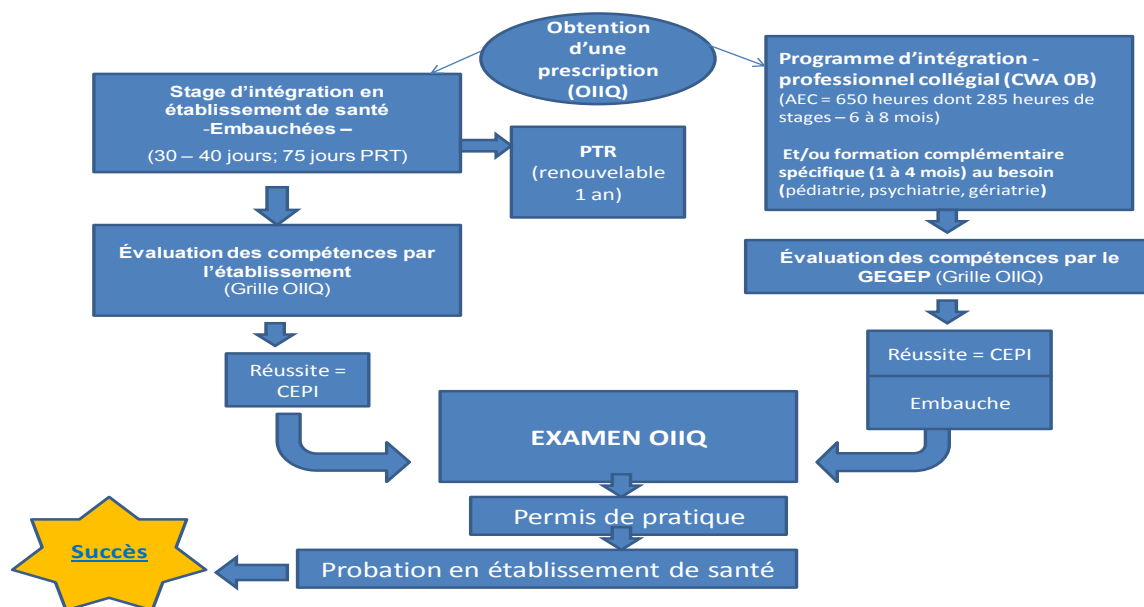


Figure 1. Cheminements possibles de l'infirmière immigrante diplômée hors-Québec (DHQ). Agence de la Santé et des Services sociaux de Montréal, 2010, p. 54, tirée de Primeau, 2013. Reproduite avec la permission de l'éditeur.

Le premier cheminement, situé à gauche sur la Figure 1, est réservé aux infirmières françaises répondant aux exigences de l'*Arrangement de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles* (ARM) convenu entre le Québec et la France en 2011. Cette entente permet à des infirmières françaises d'obtenir un premier permis restrictif temporaire (PRT), le temps de compléter un stage d'intégration en milieu hospitalier de 75 jours. La réussite de ce stage leur donne ensuite droit au permis régulier de l'OIIQ, sans devoir passer l'examen d'entrée à la profession (OIIQ, 2014b).

Les infirmières DHQ restantes se divisent en deux groupes plus ou moins égaux. Le premier groupe, situé aussi à gauche sur la Figure 1, se verra attribuer par l'Ordre un permis

temporaire avec restrictions (PTR). Ces infirmières devront alors suivre une formation de 30 à 40 jours en centre hospitalier, avant de se présenter à l'examen professionnel de l'OIIQ. Le deuxième groupe, dont le cheminement se situe à droite sur la Figure 1, réunit les infirmières immigrantes dont les cadres de formation et de pratique antérieurs seront jugés les plus éloignés de ceux du Québec, ainsi qu'un certain nombre de sages-femmes immigrantes désirant se recycler comme infirmières. Ces professionnelles de la santé se verront prescrire l'accréditation d'études collégiales CWA.0B. Cette formation, d'une durée de six à neuf mois, comprend des cours théoriques, des laboratoires et des stages en centre hospitalier.

Selon l'OIIQ, l'objectif du programme consiste à :

« (...) familiariser l'infirmière DHQ au contexte de pratique québécois, sur les plans professionnel, légal, déontologique, organisationnel et socioculturel; à l'adaptation des compétences déjà acquises pour exercer la profession au Québec; [et] à la démonstration des compétences cliniques essentielles à une pratique professionnelle sécuritaire et efficace dans un milieu de soins québécois » (OIIQ, 2014, p. 5).

Le programme comprend 225 heures de théorie, 105 heures de laboratoire et 285 heures de stages cliniques, pour un total de 615 heures (ASSSM, 2011). Les infirmières DHQ dont la formation et l'expérience antérieures en santé mentale, en pédiatrie, en périnatalité ou en soins de longue durée n'auront pas été jugées suffisantes par l'OIIQ devront compléter 125 heures de formation supplémentaire dans ces domaines. Certains cégeps peuvent encore ajouter au programme des cours non-crédités afin de répondre aux besoins spécifiques des étudiantes, par exemple, des cours de français adaptés au milieu de la santé. Une fois la formation complétée avec succès, ces infirmières devront s'inscrire et réussir l'examen de l'OIIQ.

Ceci dit, un nombre important des infirmières admises au programme CWA.0B abandonnent ou échouent la formation. Au cours des trois dernières années, ce taux d'échec se situait entre 15 % et 50 % parmi les cégeps offrant l'accréditation, sans compter les abandons (Primeau, 2013). Certains cégeps encourageraient davantage les étudiantes en difficulté à abandonner afin d'éviter un échec, ce qui peut expliquer en partie la variabilité observée dans le taux d'échecs entre les institutions d'enseignement. Celles qui réussissent

ne sont pas au bout de leurs peines. Par exemple, les données récoltées via un des cégeps offrant la formation révèlent que les cohortes ayant gradué entre 2008 et 2010 affichaient un taux de réussite de 49 % au premier tour de l'examen de l'OIIQ. En comparaison, le taux de réussite à l'examen est de 74,6 % (OIIQ, 2011b) pour l'ensemble des étudiantes infirmières, formées au Québec et hors-Québec, passant l'examen pour la première fois. Enfin, une fois leur permis en poche, plusieurs des infirmières DHQ parviennent difficilement à obtenir et conserver un emploi en tant qu'infirmière accréditée (Primeau, 2014), bien que les difficultés rencontrées soient encore peu explorées.

C'est à l'intégration des infirmières devant compléter la formation collégiale CWA.0B « Intégration à la profession infirmière du Québec » que nous nous intéressons dans le cadre de ce projet de recherche. Penninx et Martiniello (2006) définissent le concept d'intégration comme étant le processus par lequel une personne devient un membre accepté de la société d'accueil. De plus, une bonne intégration professionnelle est l'un des facteurs déterminant d'une bonne intégration au pays d'accueil, autant pour la personne immigrante que pour sa famille. Selon Yi et Jezewski (2000), le processus d'intégration professionnelle des infirmières immigrantes dans leur nouveau milieu de pratique peut s'échelonner sur une période de un an à 10 ans avant d'être complété de manière satisfaisante. Durant ce processus, Blythe, Baumann, Rheaume et McIntosh (2009) identifient trois grands défis que les infirmières immigrantes devront relever. Ces défis sont la reconnaissance des acquis ou la requalification professionnelle, la réussite de l'examen d'entrée à la profession et la transition au nouveau milieu de travail.

Le programme de formation professionnelle se positionne à la première phase du processus d'intégration de la main-d'œuvre infirmière formée hors-Québec, tel que décrit par Primeau (2014) dans son illustration (Figure 2) des différentes phases de l'intégration des infirmières immigrantes désirant pratiquer leur profession au Québec.

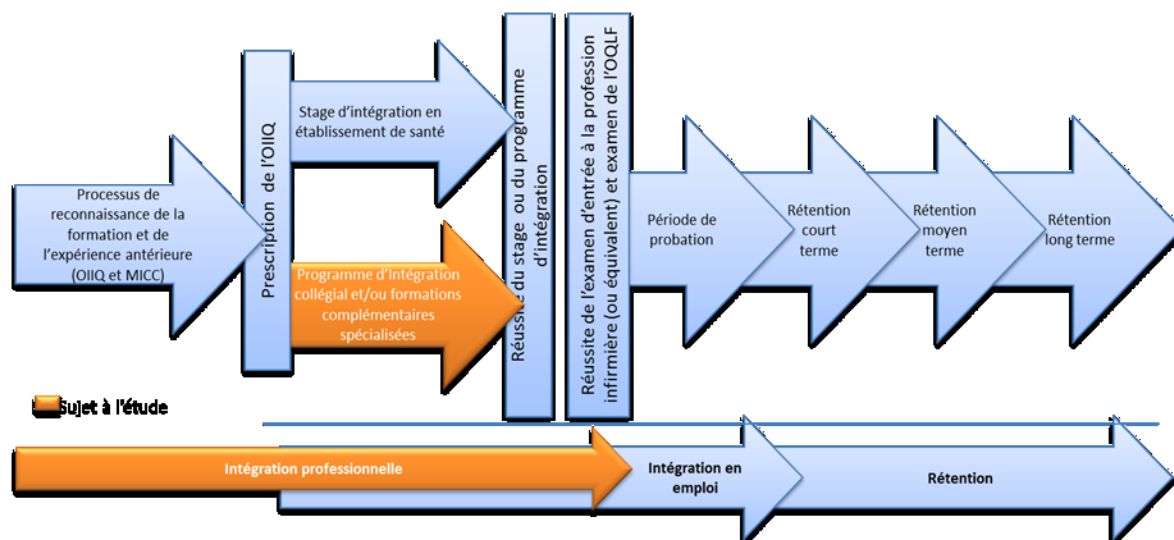


Figure 2. Processus d'intégration et de rétention des infirmières diplômées hors-Québec dans le système de santé québécois, Primeau, 2014, p. 23. Reproduite avec la permission de l'auteur.

Le programme CWA.0B « Programme d'intégration collégial et/ou formations complémentaires spécialisées » que terminent les participantes de l'étude est de couleur orangée. Ce programme se situe dans la phase de l'intégration professionnelle, également de couleur orangée sur la figure. Cette étape cruciale du processus d'intégration des infirmières immigrantes à notre système de santé nous intéresse d'autant plus parce qu'il s'agit du premier contact avec leur nouveau milieu de pratique. La réussite du programme leur permet de s'inscrire à l'examen professionnel de l'OIIQ donnant accès au permis d'infirmière accréditée.

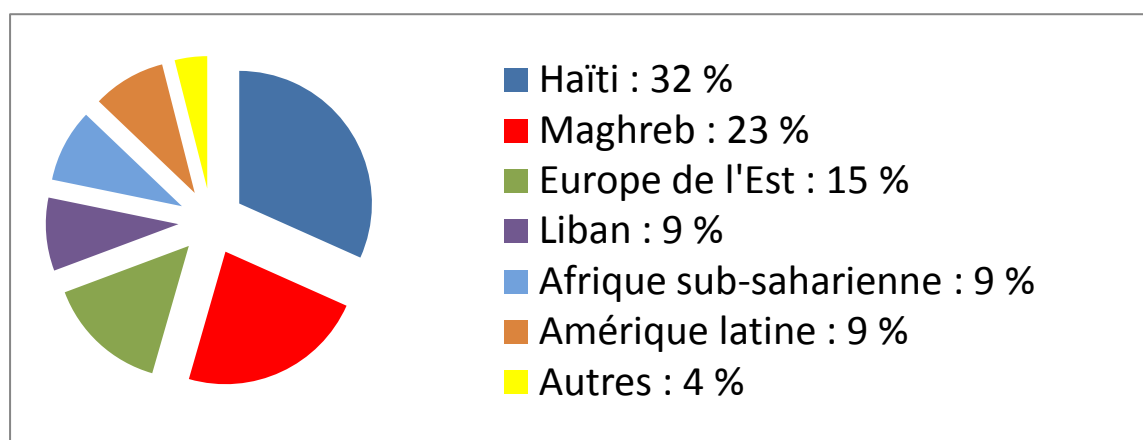
Quatre cégeps du Québec offrent la formation en français, soit les cégeps du Vieux-Montréal, de Limoilou et de Sherbrooke ainsi que le Collège Édouard-Montpetit. Le Cégep de Granby a suspendu sa formation depuis octobre 2012, mais n'écarte pas la possibilité de l'offrir à nouveau. Le Cégep John Abbott offre la formation aux infirmières anglophones.

Le but de la présente étude consiste donc à explorer les perceptions des infirmières immigrantes au sujet de leur expérience durant le programme d'intégration CWA.0B. Mieux comprendre l'expérience des principales intéressées devrait par la suite nous permettre de mieux les accompagner dans ce processus menant à leur intégration en tant qu'infirmière dans le système de santé québécois.

### Pertinence de l'étude

D'abord, les infirmières devant compléter la formation collégiale sont nombreuses. En 2011-2012, sur les 730 équivalences partielles délivrées par le comité administratif de l'OIIQ chargé d'évaluer les demandes d'équivalence soumises, plus de la moitié, soit 399 infirmières DHQ, se voyaient prescrire la formation de six à neuf mois CWA.0B (OIIQ, 2012, dans Primeau, 2013).

De plus, les données compilées sur les cohortes d'étudiantes ayant terminé la formation CWA.0B entre 2008 et 2010 dans l'un des quatre cégeps offrant la formation, nous révèlent que la majorité d'entre elles sont originaires des pays de l'Organisation internationale francophone (OIF), telle que définie par l'OIIQ, c'est-à-dire en excluant la France, la Belgique et la Suisse (Figure 3).



*Figure 3.* Origine nationale des infirmières immigrantes ayant complété la formation CWA.0B au Cégep 1 entre 2008 et 2010. Compilation personnelle.

Or, ces infirmières sont aussi les plus susceptibles de répondre de manière durable à la pénurie de main-d'œuvre infirmière de notre système de santé puisqu'elles sont les seules à posséder un taux de rétention en emploi équivalent à celui des infirmières formées au Québec. En effet, les données de l'OIIQ (2010) démontrent que 91 % des infirmières accréditées membres de l'OIF pratiquent encore après cinq ans, comparativement à 91,6 % des infirmières diplômées au Québec. En comparaison pour la même période, le taux de rétention des infirmières immigrantes françaises, belges, suisses, américaines et britanniques est de 70 %, et celui des autres infirmières DHQ originaires des pays



allophones ou anglophones de 63 %. On constate aussi qu'intégration et rétention ne vont pas toujours de pair. En effet, bien que la plupart des infirmières françaises s'intègrent rapidement au système de santé québécois, leur taux de rétention est faible. Après cinq ans, 59 % des infirmières françaises (Primeau, 2014) travaillent encore dans le système de santé, comparativement à 93,2 % pour l'ensemble des infirmières accréditées en emploi. Les raisons de cette différence de rétention sont encore peu explorées au Québec.

Pour ces infirmières immigrantes, la formation CWA.0B demeure leur première rencontre avec notre système de santé. Il s'agit également de leur principale formation, voire la seule, visant à les préparer à l'examen de l'OIIQ. Magnusdottir (2005) considère ce premier contact des infirmières immigrantes avec le système de santé du pays hôte comme étant crucial pour le succès de leur intégration professionnelle. Il permet en effet de diminuer leur anxiété et de cerner à la fois « ce qu'elles ont à apprendre et à désapprendre » (Blythe et al., 2009, p. 208). Malheureusement, comme le déplorent Murphy (2008), Higgingbottom (2011) et Zizzo et Xu (2009), peu d'études, que ce soit au Canada ou à l'international, ont porté sur l'expérience d'intégration et les facteurs influençant ce processus d'intégration des infirmières immigrantes lors de leur formation d'adaptation à la pratique au pays hôte.

## **2. Recension des écrits**

Ce chapitre consiste en une recension critique de la littérature empirique explorant l'expérience d'intégration des infirmières immigrantes durant cette période d'adaptation initiale à leur nouveau milieu de pratique. Nous exposons d'abord le processus de la recherche documentaire, puis la méthodologie et les limites des études choisies. Les résultats des études sont ensuite exposés. Le chapitre se termine avec la présentation de l'approche anthropo-biologique de Collière, qui encadre la présente recherche.

Peu d'études ont porté sur l'expérience et les facteurs influençant le processus d'intégration professionnelle des infirmières immigrantes (Higgingbottom, 2011; Murphy, 2008). En Europe, l'OCDE (2007) déplore combien les politiques visant à retenir les nouvelles infirmières restent peu développées dans la plupart de ses pays membres. À l'international, les programmes d'intégration à la profession infirmière conçus pour la clientèle immigrante varient énormément et leurs résultats sont mitigés (Konno, 2006).

Au Québec, il n'existe pas, à notre connaissance, d'études sur l'expérience d'intégration des infirmières DHQ durant le programme d'intégration CWA.0B, ce à quoi cette étude cherche à remédier. Dans le reste du Canada, trois études seulement se penchent sur l'expérience d'intégration des infirmières formées à l'étranger (Higgingbottom, 2011, Primeau, 2014, Sochan & Singh, 2007), et aucune d'entre elles ne se concentre sur cette expérience durant les premiers mois de contact avec le nouveau système de santé. Par contre, ces études recommandent toutes davantage de recherches sur la question. De plus, le Québec et le Royaume-Uni sont les deux seuls pays exigeant et réglementant un programme d'intégration obligatoire aux infirmières immigrantes. Ailleurs, lorsqu'ils existent, ces programmes diffèrent énormément d'un pays à l'autre (Konno, 2006; Zizzo & Xu, 2009). À l'échelle internationale, seulement deux études explorent l'expérience des infirmières immigrantes dans le cadre d'un tel programme d'intégration et davantage d'études empiriques se révèlent nécessaires pour évaluer leur efficacité (Zizzo & Xu).

L'absence d'études similaires à notre sujet de recherche a conduit à étendre la recension des écrits dans deux directions. Premièrement, l'intégration des infirmières immigrantes étant devenue une préoccupation au plan international, nous avons élargi la revue aux études publiées à l'étranger. Deuxièmement, nous avons cru bon d'étendre la recherche aux études explorant l'expérience d'intégration des infirmières immigrantes durant les cinq premières années à travailler dans le nouveau système de santé, peu importe si ce premier contact a été facilité par un programme d'intégration particulier ou non. Deux à trois ans apparaissent comme une période charnière de l'intégration professionnelle, après quoi l'infirmière devrait commencer à se sentir compétente dans son nouveau milieu de pratique (Benner, 1984 ; Benner, Tanner & Chesla, 2009). Par contre, peu d'études se penchent spécifiquement sur cette première période d'intégration, c'est pourquoi nous avons élargi la recherche aux études se déroulant durant les cinq premières années de l'intégration au nouveau milieu de pratique.

Nous avons recensé les banques de données Medline, CINAHL, Google Scholar, Cairn, Érudit, Ovid et Eric. La recherche vise les études publiées depuis 2000, afin de s'assurer que l'expérience des infirmières interrogées représente bien le contexte migratoire actuel. Les mots clés utilisés en français sont « infirmière », « infirmière immigrante », « infirmière étrangère », « intégration » « expérience », et les mots clés en anglais sont « nurse », « internationally educated nurses », « foreign nurse », « foreign educated nurse » « experience », « integration », « integration program ». Nous avons également approfondi notre recherche via les références bibliographiques des études trouvées.

Nous avons identifié 13 études publiées depuis 2000 qui exploraient l'expérience des infirmières immigrantes durant les cinq premières années de leur intégration au nouveau système de santé. Il s'agit de six études du Royaume-Uni (Aboderin, 2007; Alexis & Vydelingum, 2004; Alexis, Vydelingum & Robbins, 2007; Daniel, Chamberlain, & Gordon, 2001; Matiti & Taylor, 2005; Winkelmann-Gleed & Seeley, 2005), trois études australiennes (Brunero, Smith, & Bates, 2008; Omeri & Atkins, 2002 et Zhou, Windsor, Coyer, & Theobald, 2010), deux études américaines (Jose, 2011 et Liou & Cheng, 2011), une étude canadienne (Higgingbottom, 2011) et une étude publiée

en Italie (Palese, Barba, Borghi, Mesaglio, & Brusaferrò, 2006). Il s'agit pour la plupart de recherches issues de pays du Commonwealth, avec des systèmes de santé relativement similaires à ceux du Canada et du Québec. Par contre, les participantes de ces études sont originaires en majorité des Philippines, de l'Inde, du Niger, des Caraïbes et de la Chine. Bien que l'expérience des infirmières immigrantes originaires de pays, voire de continents différents, puisse s'avérer similaire (Jose), il est important de rappeler que les infirmières immigrantes inscrites au programme québécois d'intégration CWA.0B viennent en grande majorité de régions et pays francophones tels que le Petit Maghreb, le Liban, la Roumanie et Haïti. Une seule de ces études explore l'expérience d'intégration de cette clientèle, soit des infirmières immigrantes roumaines (Palese et al.). Parmi les 13 études, seules celles de Brunero et al. et de Daniel et al., se déroulent dans le cadre d'un programme d'intégration. Enfin, la thèse de Primeau (2014) explore les facteurs facilitant la réussite des infirmières DHQ depuis leur arrivée au Québec jusqu'à leur intégration en emploi dans le système de santé québécois. Le tableau 1 résume quelques caractéristiques des études recensées (année de publication, pays de la recherche, méthodologie employée, taille de l'échantillon et origine ethnique des participantes).

Tableau 1

*Caractéristiques des études recensées*

Auteurs (année)	Pays	Méthode	Échantillon
Aboderin (2007)	Royaume-Uni	Qualitative exploratoire. Entrevues.	Vingt-cinq infirmières originaires du Niger + 7 informateurs clés.
Alexis et Vydelingum (2004)	Royaume-Uni	Phénoménologie. Entrevues.	Sept femmes et cinq hommes originaires des Caraïbes, d'Afrique subsaharienne et des Philippines.
Alexis, Vydelingum et Robbins (2007)	Royaume-Uni	Phénoménologie Groupes focalisés.	Quatre groupes = 24 infirmières de minorités visibles originaires de huit pays différents.

Tableau 1

*Caractéristiques des études recensées (suite)*

Brunero, Smith et Bates (2008)	Australie	Questionnaires par la poste.	Infirmières originaires de 15 différents pays. La moitié des participantes arrivant du Royaume-Uni.
Daniel, Chamberlain et Gordon (2001)	Royaume-Uni	Qualitative. Groupes de discussion ciblés.	Deux groupes = 23 femmes et un homme originaires des Philippines.
Higgingbottom (2011)	Canada	Ethnographique. Entrevues.	Vingt-trois participantes de six différents pays pour 31 entrevues.
Jose (2011)	États-Unis	Phénoménologie. Entrevues.	Vingt infirmières originaires des Philippines, du Niger et de l'Inde.
Liou et Cheng (2011)	États-Unis	Phénoménologie. Entrevues.	Une infirmière originaire de Taïwan
Matiti et Taylor (2005)	Royaume-Uni	Phénoménologie. Entrevues.	Sept femmes et cinq hommes originaires de l'Inde, du Niger, de Mauritanie et des Philippines.
Omeri et Atkins (2002)	Australie	Phénoménologie. Entrevues.	Cinq infirmières immigrantes de « plusieurs coins du globe ».
Palese, Barba, Borghi, Mesaglio et Brusaferrò (2006)	Italie	Phénoménologie. Entrevues.	Dix-sept infirmières roumaines.
Winkelmann-Gleed et Seeley (2005)	Royaume-Uni	Questionnaires par la poste + entrevues.	Soixante-six infirmières d'origine asiatique; 15 décrites comme étant « blanches » et 28 « noires ».
Zhou, Windsor, Coyer et Theobald (2010)	Australie	Devis symbolique interactionniste. Entrevues.	Vingt-huit infirmières chinoises, pour un total de 46 entrevues.

### **Méthodologie et limites des études recensées**

Deux des études recensées (Brunero et al., 2008; Winkelmann-Gleed & Seeley, 2005) ont utilisé des devis quantitatifs ou mixtes. Chacune a distribué plus de cent questionnaires à des infirmières immigrantes dans le but d'explorer leurs attentes et expériences dans leurs nouveaux milieux de travail. L'étude de Brunero et al., se déroule en Australie. Cent cinquante questionnaires comprenant des questions ouvertes et fermées ont été distribués à autant d'infirmières immigrantes travaillant dans un centre hospitalier universitaire de Sidney. Cinquante-six de ces questionnaires ont été retournés complétés. Les réponses quantitatives ont été analysées à l'aide de tests chi-square non-paramétriques et de Kruskal-Wallis. Les questions qualitatives ont fait l'objet d'une analyse thématique. L'étude de Winkelmann-Gleed et Seeley est britannique. La collecte de données comprend 140 questionnaires retournés utilisant une échelle de Likert à sept points, vingt-deux entrevues semi-dirigées auprès d'infirmières immigrantes et vingt-deux entrevues auprès d'informateurs clés, par exemple, des gestionnaires des centres hospitaliers où les participantes ont été recrutées. Sept infirmières participantes ont accepté de participer à une deuxième entrevue. Les données quantitatives ont été analysées à l'aide de t-tests. La méthode d'analyse employée pour les données qualitatives n'est pas spécifiée.

L'expérience d'intégration des infirmières immigrantes étant complexe et contenant parfois des épisodes plus douloureux, le questionnaire par la poste peut ne pas s'avérer le meilleur outil pour appréhender toute la richesse, la complexité et la profondeur de cette expérience. L'une des principales limites de ces deux études est le faible taux de réponse aux sondages (37 % et 38 %). De plus, la moitié des répondants de l'étude de Brunero et al. (2008) est originaire du Royaume-Uni, un pays relativement similaire à l'Australie au plan culturel, ce qui transparait dans les résultats. L'expérience d'intégration de ces infirmières se révèle différente de celle des infirmières originaires de pays en développement. Enfin, bien que Winkelmann-Gleed et Seeley (2005) prétendent vouloir explorer l'influence du genre dans l'expérience des infirmières immigrantes, l'échantillon des personnes interviewées ne comprend que deux hommes.

Sept études empruntent un devis phénoménologique afin d'explorer l'expérience des infirmières immigrantes dans leur nouveau milieu de travail (Alexis & Vydelingum, 2004; Alexis et al., 2007; Jose, 2011; Liou & Cheng, 2011; Omeri & Atkins, 2002; Matiti & Taylor, 2005 et Palese et al., 2006). L'étude d'Alexis et Vydelingum interroge sept femmes et cinq hommes infirmiers issus des Caraïbes, d'Afrique subsaharienne et des Philippines et récemment employés dans un centre hospitalier britannique. Les entrevues semi-dirigées ont duré entre 60 et 90 minutes et ont été enregistrées. Par contre, il n'est pas fait mention de saturation des données. Les données recueillies ont par la suite fait l'objet d'une analyse thématique. Aux dires mêmes des auteurs, le nombre restreint des participants et le lieu unique de la collecte des données empêchent toute généralisation des résultats. L'étude d'Alexis et al. comprend quatre groupes focalisés d'une durée d'environ 90 minutes, constitués en tout de vingt-quatre infirmières immigrantes de minorités visibles issues de huit pays différents et travaillant dans un centre hospitalier du nord de l'Angleterre. Les données ont par la suite été soumises à une analyse thématique selon le cadre analytique de Van Manen (1990). Les auteurs ont demandé aux participantes de garder confidentielles les informations parfois délicates partagées durant les discussions. Malgré tout, il est possible que le fait que les participantes travaillaient au même centre hospitalier ait empêché certaines de s'exprimer librement.

L'étude américaine de Jose (2011) interroge de son côté 20 infirmières immigrantes des Philippines, du Niger et de l'Inde. Encore une fois, les participantes sont toutes employées du même centre hospitalier, et la seule méthode de collecte des données (des entrevues semi-dirigées), limite la fiabilité des résultats. La grande hétérogénéité de l'échantillon réduit aussi la profondeur de l'analyse et limite la fiabilité et la transférabilité des résultats. L'étude de Liou et Cheng (2011), une étude de cas américaine conduite à l'aide d'un devis phénoménologique herméneutique, consiste en quatre entrevues téléphoniques et par Skype avec une infirmière d'origine taïwanaise. Les entrevues sont enregistrées. La méthode d'analyse des données employée est peu détaillée. La recherche d'Omeri et Atkins (2002) explore à l'aide d'un devis phénoménologique l'expérience d'intégration au système de santé australien de cinq infirmières immigrantes. Les pays d'origine des infirmières ne sont pas mentionnés. Il est seulement indiqué qu'elles sont originaires de plusieurs régions du globe. L'échantillon

est très petit et varié et il n'est pas non plus fait mention de saturation des données. L'analyse, également phénoménologique et herméneutique, est décrite en détail. L'échantillon d'infirmières immigrantes de l'étude de Matiti et Taylor (2005) se compose de sept femmes et cinq hommes infirmiers originaires de l'Inde, du Niger, de la Mauritanie et des Philippines et travaillant dans trois différents centres hospitaliers britanniques. Le devis est encore une fois phénoménologique. Le guide d'entrevue est présenté, l'analyse est détaillée et la triangulation de l'analyse a été réalisée grâce aux quatre chercheurs différents.

La seule étude italienne de notre recension (Palese et al., 2006) explore, à l'aide d'un devis de recherche phénoménologique, l'expérience de 17 infirmières roumaines récemment immigrées et ayant débuté leur pratique dans un centre hospitalier italien. Le guide d'entrevue est détaillé. Les entrevues durent en moyenne 45 minutes et sont enregistrées. La moitié d'entre elles se déroule en roumain, la langue maternelle des participantes. L'analyse des données est décrite en détail et triangulée par les deux chercheurs, mais encore une fois, il n'est pas fait mention de validation ou de saturation des données. L'étude d'Aboderin (2007) est qualitative et de type exploratoire. Vingt-cinq infirmières originaires du Niger et travaillant dans un centre de soins de longue durée en Angleterre sont interrogées. Une deuxième partie de l'étude se déroule au Niger, où la chercheuse a tenté de mieux comprendre le contexte culturel et professionnel de sept infirmières restées au pays à l'aide d'autant d'entrevues semi-dirigées. Le processus d'analyse des données recueillies est décrit en détail. Selon les auteurs, l'échantillon raisonné et restreint de l'étude diminue la transférabilité des résultats. L'étude de Daniel et al. (2001) est également qualitative et de type exploratoire. Elle comprend deux groupes de discussion ciblés, pour un total de 23 femmes et un homme infirmier, tous originaires des Philippines, arrivés depuis peu au pays et débutant leur processus d'intégration dans le système de santé britannique. La validation des résultats s'est faite au cours des discussions, jusqu'à saturation des données. Par contre, les groupes comportaient trop de participants selon les auteurs de l'étude. De plus, les chercheurs déplorent que certains aient dominé la conversation, ce qui peut avoir limité la possibilité pour d'autres d'exprimer leur point de vue.



La seule étude canadienne (Higgingbottom, 2011) utilise un devis ethnographique. Les participantes sont en effet considérées venir d'une même sous-culture, soit la sous-culture des infirmières immigrantes. Vingt-trois infirmières ont consenti à participer à 31 entrevues semi-structurées (certaines se sont prêtées à une deuxième entrevue). Les participantes sont originaires de six pays différents (Australie, Barbade, Ghana, Nouvelle-Zélande, Philippines, Royaume-Uni). La chercheuse spécifie que le petit échantillon peut limiter la transférabilité de l'étude. De plus, des mesures gouvernementales ont été implantées depuis la fin de l'étude qui modifient le contexte dans lequel évoluent les infirmières de cette province de l'Ouest canadien. Enfin, l'étude de Zhou et al. (2010) utilise un devis symbolique interactionniste et consiste en 46 entrevues semi-dirigées auprès de 28 infirmières chinoises œuvrant dans le système de santé australien depuis au moins six mois. Les entrevues se sont déroulées en chinois, la chercheuse principale partageant la même origine ethnique que les participantes. À partir de la question : « Parlez-nous de votre expérience professionnelle dans le contexte du système de santé australien », le concept d'ambivalence quant à leur immigration a émergé comme résumant le mieux l'expérience des participantes. L'analyse des données est décrite en détail. Par contre, le but de l'étude n'est jamais clairement énoncé.

Sur les 13 études retenues, 11 sont qualitatives. Parmi celles-ci, sept adoptent un devis phénoménologique. Deux études seulement ont des devis mixtes. Le nombre de participantes varient énormément d'une recherche à l'autre, et les échantillons sont souvent très hétérogènes, ce qui peut limiter la transférabilité de celles possédant un *n* plus petit. De plus, les participantes sont souvent recrutées via un seul hôpital. Bien que les chercheurs se montrent sensibles à l'aspect culturel pouvant influencer l'expérience d'intégration des infirmières immigrantes, une seule mentionne l'importance du genre dans cette expérience. Or, la grande majorité des infirmières immigrantes étant des femmes, il aurait été intéressant d'explorer plus en profondeur l'influence de cette réalité sur leur expérience.

### **Difficultés rencontrées durant le parcours migratoire**

Les premiers résultats émergeant des études recensées discutent de la période précédant le programme d'intégration. Il s'agit des difficultés rencontrées par les

infirmières immigrantes depuis leur arrivée au pays jusqu'à leur premier contact avec le nouveau système de santé, soit dans le cadre d'un programme d'intégration particulier ou d'un premier emploi. Plusieurs infirmières décrivent cette période comme difficile. Par exemple, les informations prémigratoires offertes par les agences de recrutement sont décrites comme vagues. On manque d'information sur les conditions de vie à l'étranger et sur l'emploi qu'on va occuper (Jose, 2011; Matiti & Taylor, 2005). L'ambassade ne dispenserait pas non plus assez d'information (Omeri & Atkins, 2002). Ne pas posséder toute l'information pertinente empêche de prendre une décision éclairée avant la signature du contrat présenté par l'agence de recrutement. Une fois arrivées au pays, les infirmières cherchent à récupérer leur titre d'infirmière accréditée. Elles enclenchent du coup leur processus d'intégration professionnelle, qu'elles espèrent compléter le plus rapidement possible. Il s'agit cependant d'un processus semé d'embûches et décrit par certaines comme injuste et douloureux (Higgingbottom, 2011; Omeri & Atkins). Pour s'y retrouver, certaines auraient apprécié recevoir davantage d'aide de la part de ceux les ayant recrutées (Higgingbottom; Jose). Par exemple, certaines candidates doivent attendre jusqu'à huit semaines avant de voir leurs dépenses remboursées, ce qui cause un certain stress financier (Higgingbottom).

Des informations essentielles pour récupérer le titre d'infirmière, depuis le processus de reconnaissance des acquis jusqu'à la délivrance du permis, sont manquantes, et les candidates ne savent pas toujours à qui s'adresser pour les obtenir. Certaines parviennent à solliciter leur nouveau réseau social informel et le bouche-à-oreille pour comprendre le chemin à parcourir jusqu'à leur accréditation infirmière (Omeri & Atkins, 2002). Une participante interrogée par Omeri et Atkins abandonne ses démarches pour un an avant de recommencer le processus. Une autre trouve le numéro à contacter par le biais d'une amie et apprend ainsi qu'elle a six mois de cours à suivre et à réussir avant de passer l'examen. Une participante sage-femme espérant pratiquer en tant qu'infirmière considère avoir perdu deux ans de salaire depuis son immigration jusqu'au moment d'obtenir son permis, et attribue cette perte au manque d'informations prémigratoires et postmigratoires accessibles (Omeri & Atkins). Higgingbottom (2011) décrit ainsi en détail l'expérience de plusieurs infirmières immigrantes recrutées par une agence pour venir travailler au Canada. Celles-ci découvrent, seulement après leur

arrivée, qu'elles ne peuvent pas travailler immédiatement en tant qu'infirmières. Elles réalisent soudainement qu'elles devront soumettre diplômes et références (traduits à leur frais) et réussir plusieurs examens oraux et écrits qui évalueront l'équivalence de leurs compétences pour le système de santé canadien. Plusieurs devront ensuite compléter un certain nombre de cours de mise à niveau avant de pouvoir s'inscrire à l'examen d'entrée à la profession. Ces délais réduisent d'autant le salaire convenu au contrat signé avant le départ, puisqu'elles ont été recrutées en tant qu'infirmières. Certaines infirmières immigrantes disent qu'elles n'auraient pas laissé derrière elles des années d'ancienneté si elles avaient compris les véritables conditions de leur contrat. D'autres infirmières se disent fâchées lorsqu'elles réalisent une fois au pays qu'elles ne travailleront pas dans leur spécialité. Enfin, certaines remarquent que leur contrat d'embauche est modifié juste avant la date de l'émigration (Higgingbottom).

Les infirmières immigrantes apprécient certaines mesures des agences de placement, hôpitaux ou autres instances responsables de les accueillir et de les intégrer au pays. Par exemple, les infirmières immigrantes sont heureuses d'être reçues à leur arrivée à l'aéroport (Higgingbottom, 2011). D'autres disent trouver aidants les hébergements mis à leur disposition à leur arrivée, et pour les premières six semaines, ainsi que l'information nécessaire pour débiter leur intégration (Higgingbottom) pour trois mois (Matiti & Taylor, 2005) ou six mois (Daniel et al., 2001). Ceci leur permet de socialiser avec d'autres personnes dans la même situation. Parfois, une fête est organisée pour le groupe à leur arrivée (Daniel et al.). Mais la vie dans ces logements communautaires est parfois difficile. Il faut partager la cuisine et les toilettes, ce qui peut s'avérer difficile pour des gens habitués à posséder leur propre logement ou maison (Matiti & Taylor). Certaines décrivent ces logements comme minimaux, des dortoirs loin de leur lieu de travail (Higgingbottom).

Higgingbottom (2011) remarque que les participantes déçues du soutien obtenu à leur arrivée sont celles qui caressaient des attentes irréalistes avant leur immigration. Higgingbottom qualifie ces infirmières immigrantes de « naïves » et certaines infirmières de son étude admettent qu'elles auraient pu effectuer plus de recherche avant de migrer à l'étranger. Zhou et al. (2010) notent aussi des divergences entre les attentes liées à

l'immigration et la réalité, et remarquent que ces attentes étaient souvent irréalistes. Il s'agit alors d'infirmières qui n'ont jamais quitté leur pays pour vivre à l'étranger auparavant, et dont les rêves ont été nourris par des collègues ou proches à l'étranger qui racontent leur histoire d'immigration réussie, et parfois embellissent la réalité pour des raisons culturelles. Par contre, certaines des infirmières interrogées par Higgingbottom remarquent qu'il ne s'agit pas de leur première expérience professionnelle à l'étranger, qu'elles ont travaillé en Arabie Saoudite ou au Royaume-Uni, et qu'elles s'attendaient aux mêmes conditions et soutien à leur arrivée au Canada, ce qui ne semble pas avoir été le cas pour elles. Pour ceux et celles qui migrent, il s'agit de l'une des étapes les plus significatives et difficiles de leur vie. Les infirmières immigrantes ne font pas exception à la règle. Une infirmière remarque que lorsqu'on planifie s'installer dans un autre pays, une bonne préparation psychologique, physique, émotive et spirituelle est cruciale (Jose, 2011). Les premiers temps sont en effet particulièrement éprouvants. Cette période est souvent accompagnée d'un choc culturel pouvant conduire à des sentiments de solitude, de perte (Jose) et de déracinement ainsi qu'une diminution subite du niveau de vie résultant d'une baisse et d'un rationnement des ressources (Zhou et al.). On trouve difficile de s'adapter à la langue, à la culture, au style de vie différent (Jose). Les premières semaines nécessitent une grande capacité d'adaptation ainsi que beaucoup d'efforts et de débrouillardise de la part des infirmières immigrantes, le temps de se trouver un logement adéquat, un lieu de culte (Jose; Matiti & Taylor, 2005), une école pour les enfants (Higgingbottom; Jose) et de se familiariser avec les transports (Jose), la nourriture (Higgingbottom; Jose), la nouvelle monnaie (Matiti & Taylor) ou d'obtenir des soins médicaux dans un délai raisonnable (Higgingbottom).

Plusieurs infirmières éprouvent également des difficultés financières lors de leur arrivée (Aboderin, 2007; Daniel et al., 2001; Higgingbottom, 2011) au point que certaines envisagent retourner dans leur pays d'origine si la situation ne se replace pas rapidement (Daniel et al.). D'autant plus que les conjoints ne trouvent pas toujours un emploi facilement dans leur domaine d'expertise (Higgingbottom; Zhou et al., 2010). Autant de défis à relever devant lesquels plusieurs infirmières immigrantes et leur famille avoueront se sentir dépassées, entre autres parce qu'elles sont souvent seules pour les affronter, sans leurs proches (Jose, 2011; Omeri & Atkins, 2002) ce qui peut engendrer de l'inquiétude

et du désespoir (Brunero et al., 2008) et risque de « casser » l’infirmière immigrante (Jose). Le réseau social semble en effet particulièrement important pour les infirmières durant les premiers temps de l’immigration (Higgingbottom; Jose). La famille qui n’est pas avec elles manque à plusieurs (Daniel et al.; Brunero et al.; Winkelmann-Gleed & Seeley, 2005), particulièrement les enfants (Daniel et al.). Certaines mentionnent le soutien des membres de la famille restés au pays et qui peuvent les aider à rassembler les documents administratifs nécessaires à la reconnaissance de leur formation et expérience infirmière (Higgingbottom). Celles qui ont la chance de migrer accompagnées de leurs proches reçoivent de l’aide pour les tâches ménagères, les emplettes, etc., le temps d’organiser un nouveau milieu de vie qui soit jugé satisfaisant. L’infirmière peut ainsi se consacrer plus rapidement à la reconnaissance de ses acquis ou à son nouvel emploi (Higgingbottom; Zhou et al.). Les proches sont aussi appréciés lorsqu’on veut partager à propos des difficultés rencontrées au cours de l’intégration professionnelle ou relaxer après une dure journée de travail (Higgingbottom). Le respect filial envers les aînés en conduit d’autres à se sentir coupables d’avoir laissé des parents âgés derrière, ou de ne pas être présentes lorsqu’ils sont malades. Elles sentent qu’elles les ont abandonnés, ne serait-ce qu’en attendant de pouvoir les faire venir au pays (Zhou et al.). Le soutien entre immigrants existe également, qu’il s’agisse du même groupe ethnoculturel ou non, et il est fort apprécié. Ainsi, une participante de l’étude d’Omeri et Atkins rencontrant des difficultés avec la langue anglaise est reconnaissante du soutien qu’elle trouve auprès d’une famille d’amis allemands. Les participantes de l’étude de Matiti et Taylor (2005) ont de leur côté apprécié être reçues par d’autres infirmières immigrantes dès leur premier jour. Le lieu de culte est un bon endroit pour rencontrer des gens et se créer une communauté ou obtenir du soutien (Higgingbottom).

### **Expérience d’intégration professionnelle des infirmières immigrantes**

Peu d’études discutent de la perception ou de l’expérience des infirmières immigrantes dans le cadre d’un programme structuré d’intégration à la profession infirmière. Des infirmières se plaignent qu’un programme de six semaines qu’elles doivent réussir ne leur apporte rien de nouveau et notent un manque de consistance dans l’enseignement des préceptrices (Higgingbottom, 2011). Au contraire, d’autres

demandent des périodes d'intégration plus longues, avec des pratiques sur le terrain et un encadrement de type mentorat, de manière à mieux adapter leurs connaissances et compétences techniques au nouveau système de santé et se familiariser avec les nouvelles technologies (Jose, 2011). Certaines disent se sentir vulnérables et insécurisées durant la formation (Winkelmann-Gleed & Seeley, 2005). On note un manque de préparation au système de santé et considère qu'elles y ont été « jetées » sans préparation (Alexis & Vydelingum, 2004). Des participantes n'ont tout simplement pas de préceptrices et leur orientation consiste à observer le travail d'une infirmière de l'unité (Higgingbottom).

Les infirmières considèrent le soutien de leurs collègues comme vital à leur intégration professionnelle (Jose, 2011). Ce soutien est toutefois souvent décrit comme minimal, malgré l'anxiété générée par un nouvel environnement de travail, ce qui diminue la confiance en elles-mêmes de certaines participantes (Alexis & Vydelingum, 2004). Par exemple, des participantes se plaignent d'être critiquées par leurs collègues parce qu'on interprète leurs difficultés comme un manque de compétence, plutôt qu'une inexpérience qui se corrigera avec le temps (Jose). Dans l'étude de Daniel et al. (2001), seulement deux infirmières décrivent le personnel comme aidant et soutenant dans leur apprentissage. Selon elles, des collègues plus aidantes aurait amélioré leur confiance en soi. Chez Matiti et Taylor (2005), des participantes ont trouvé du soutien auprès des infirmières et des coordonnateurs (Winkelmann-Gleed & Seeley, 2005). On apprécie également la présence d'un mentor (Alexis & Vydelingum; Winkelmann-Gleed & Seeley). Des participantes trouvent les patients encourageants et une infirmière remarque que ses collègues infirmières la soutiennent et pour l'aider, lui donnent les patients les moins difficiles de point de vue de la communication (Liou & Cheng, 2011).

On a peut-être atteint un meilleur niveau de vie, mais le conjoint souffre parfois de ne pas retrouver le même statut social qu'avant l'immigration, surtout lorsqu'il a plus de difficulté à se trouver un emploi et à s'intégrer (Zhou et al., 2010). Des conjoints trouvent ainsi difficile d'accepter leur nouveau rôle d'homme au foyer le cas échéant, un renversement total des rôles culturels. Cette situation peut mener à des conflits conjugaux et à du stress psychologique pour l'infirmière immigrante. En effet, celle-ci considère ne

pas pouvoir être heureuse si la famille ne l'est pas, et ce même si elle décrit le plan matériel et financier postmigratoires comme satisfaisant (Zhou et al.).

Les infirmières se sentent à part. Elles se décrivent comme l'*Autre*, exclues du groupe (Alexis & Vydelingum, 2004; Liou & Cheng, 2011; Omeri & Atkins, 2002) ou étrangères (Daniel et al., 2001) ce qu'elles expliquent par leurs identités culturelles différentes (Alexis & Vydelingum) ou parce qu'elles parlent moins bien l'anglais. Ce sentiment d'exclusion peut être ressenti avec les patients ou avec des collègues de travail ou des supérieurs. Le racisme peut être évident, par exemple lorsqu'un patient refuse d'être soigné par l'infirmière (Liou & Cheng; Winkelmann-Gleed & Seeley, 2005), qu'un infirmier d'origine arabe se fait traiter de « terroriste » par son patient (Winkelmann-Gleed & Seeley) ou qu'on demande à une infirmière de retourner d'où elle vient (Liou & Cheng, 2011). Ou il peut être plus subtil (Aboderin, 2007; Higgingbottom, 2011). L'expression « citoyennes de seconde zone » pour exprimer leur statut est mentionnée par les participantes de deux études différentes (Aboderin; Omeri & Atkins). Des infirmières immigrantes ont peur qu'on leur demande de retourner dans leur pays (Alexis et al., 2007). Des participantes déplorent un manque d'opportunité ou une perte d'opportunités de carrière liée au racisme et rappellent qu'elles sont venues au pays dans l'espoir d'un cheminement professionnel qui serait fondé sur une égalité de chances et sur le mérite, plutôt que sur la couleur de leur peau (Alexis & Vydelingum). Elles ont moins d'opportunités d'avancement, se voient refuser des postes sans raisons apparentes (Winkelmann-Gleed & Seeley) et les promotions sont données à des infirmières moins compétentes parce qu'on ne leur fait pas suffisamment confiance pour démontrer ce dont elles sont capables (Alexis et al.). Certaines considèrent ainsi le fait d'être assignées par l'employeur à des tâches ménagères, par exemple passer l'aspirateur et laver la vaisselle, comme discriminatoire et qu'il s'agit d'une décision fondée sur leur pays d'origine (Higgingbottom).

Le manque de confiance et la méfiance sont en effet une forme de discrimination vécue par plusieurs infirmières formées à l'étranger. Elles se sentent comme un spécimen sous observation (Daniel et al., 2001) surveillées « comme si je n'avais aucun droit » (Alexis et al., 2007). « Comme s'ils ne veulent pas qu'on touche le patient. Ils ne te font

pas confiance » (Matiti & Taylor, 2005). Des infirmières immigrantes se sentent invisibles, parce que les autres professionnels de la santé, les gestionnaires et les proches du patient vont s'adresser à un membre de la famille ou à l'infirmière chef pour discuter de leurs patients plutôt que de les consulter (Alexis et al.; Liou & Cheng) et font remarquer qu'elles doivent travailler très fort pour faire comprendre à leurs pairs qu'elles existent et qu'elles savent ce qu'elles font (Jose, 2011). Pour se consoler, on retourne aux études dans l'espoir d'un avancement, car « ce sera mieux économiquement, mais aussi psychologiquement » (Winkelmann-Gleed & Seeley, 2005).

Selon certaines, la discrimination débute avec le processus de reconnaissance des acquis. Des participantes considèrent les lignes directrices servant à ajuster leur niveau de compétence trop floues et souvent discriminatoires parce que basées sur des stéréotypes culturels (Higgingbottom, 2011). C'est-à-dire que les décisions semblent être surtout influencées par le pays d'origine et de pratique antérieure. Certaines remarquent que le *National Board Examination* du Canada se base sur des conventions ethnoculturelles canadiennes, ce qui désavantagerait les infirmières formées à l'étranger (Higgingbottom) et de cultures différentes. On propose, pour éviter la discrimination, que les *Registration Board* obtiennent davantage d'information sur les pays d'origine des infirmières formées à l'étranger et leurs valeurs culturelles (Omeri & Atkins, 2002). Certaines comprennent que le pays d'origine va déterminer si elles peuvent se relocaliser avec les membres de leur famille ou non (Higgingbottom). Ces situations minent la confiance en soi des infirmières diplômées à l'étranger (Alexis et al., 2007; Liou & Cheng, 2011; Omeri & Atkins), au point d'en décourager à poursuivre leurs études à l'université (Omeri & Atkins). Des infirmières vivent ces difficultés à se faire respecter par les collègues comme une perte de statut professionnel et social (Aboderin, 2007). Elles ont l'impression d'être traitées comme si elles étaient stupides (Alexis et al.; Omeri & Atkins). Les participantes en viennent à se blâmer pour la situation et se questionnent à savoir si le fait qu'elles soient de minorités visibles influence la façon dont les gens interagissent avec elles (Alexis et al.). Malgré la discrimination vécue, les infirmières formées à l'étranger n'osent pas toujours porter plainte. Elles n'osent pas dénoncer l'intimidation dont elles sont victimes par crainte des représailles, et certaines préféreront quitter leur emploi (Aboderin; Alexis & Vydelingum, 2004; Winkelmann-Gleed &



Seeley, 2005). Par exemple, une infirmière somalienne est mal à l'aise lorsqu'un collègue masculin se montre physiquement trop familier avec elle, ce qu'elle trouve inapproprié culturellement. Par contre, elle préférera attendre d'obtenir son accréditation pour le lui dire (Winkelmann-Gleed & Seeley). Des participantes infirmières nigériennes (Aboderin,) observent que les gestionnaires de race blanche prennent toujours la défense des préposés blancs, même lorsque ceux-ci manquent de respect envers l'infirmière. Quelques infirmières (Aboderin) soulignent l'importance de l'intervention délicate des gestionnaires et la reconnaissance des compétences de l'infirmière durant ces conflits entre les infirmières immigrantes et des préposés condescendants. Malgré les expériences de racisme vécues, un participant se dit satisfait en général de son milieu de travail (Winkelmann-Gleed & Seeley). Des infirmières originaires des Philippines remarquent qu'elles vivent moins de discrimination au Royaume-Uni qu'en Arabie Saoudite ou à Singapour (Daniel et al., 2001) où elles ont travaillé auparavant.

### **Différences culturelles rencontrées**

Les infirmières ayant déjà une première expérience d'immigration professionnelle surmontent plus aisément les obstacles et se révèlent plus ouvertes d'esprit dans leur adaptation à la culture et au système de santé (Higgingbottom, 2011). Des infirmières mentionnent être parvenues à s'intégrer grâce à beaucoup de persévérance et notent que le désir d'apprendre de nouvelles façons de faire est important à la réussite, ainsi qu'une bonne formation d'intégration et suffisamment de préparation (Jose, 2011). Une participante conseille aux futures infirmières immigrantes de se rappeler que la culture du pays hôte est parfaitement normale pour les gens du pays, et, devant les différences culturelles déconcertantes, de se contenter d'hausser les épaules et « ne pas trop y penser » (Jose). Les infirmières immigrantes de l'étude de Matiti et Taylor (2005) séparent ce qu'elles appellent leur culture primaire, soit leur bagage ethnoculturel personnel, de leur culture secondaire, soit la culture professionnelle du système de santé et des soins infirmiers telle qu'elle est vécue dans le pays hôte. Elles racontent comment elles tentent de réconcilier ces deux cultures durant leurs heures de travail. Un discours similaire se retrouve chez les infirmières chinoises de l'étude de Zhou et al. (2010) qui cherchent à trouver un juste milieu entre leur culture chinoise et la culture australienne

alors que les normes de ces deux cultures entrent parfois en conflit. Elles expliquent que leur propre culture fait partie intégrante de leur identité, même si elles sont à l'étranger. Par exemple, une participante confie : « parfois, je me débats pour décider si je dois agir de manière chinoise ou australienne » (Zhou et al.). D'autres participantes vivent de l'ambivalence entre leur désir de s'intégrer et le besoin de conserver leur « véritable identité » culturelle. Ainsi, certaines disent trouver pertinent d'apprendre et d'appliquer la manière canadienne de pratiquer les soins infirmiers, même si celle-ci va à l'encontre de leur pratique antérieure et de leurs convictions (Higgingbottom). Même son de cloche des infirmières chinoises qui considèrent comme une question de respect pour la culture locale de faire « à Rome comme les Romains ». Elles considèrent trouver peu de place au travail pour être Chinoises, et admettent agir parfois à l'encontre de leurs propres valeurs culturelles, par respect mais aussi pour être acceptées et réussir. Elles redeviennent elles-mêmes de retour à la maison. Cette double identité culturelle ou ces « deux masques » à porter, cette obligation d'agir plus ou moins à la chinoise selon les circonstances, est considérée inconfortable ou exigeante par certaines participantes (Zhou et al.).

Des participantes se plaignent de ne pas avoir eu assez de temps ni le soutien nécessaire pour s'ajuster à cette nouvelle culture et ses coutumes différentes, parfois dans un milieu très multiculturel (Alexis & Vydelingum, 2004; Matiti & Taylor, 2005; Jose, 2011). Des infirmières de l'étude de Jose se disent déconcertées par le niveau de diversité culturelle qu'elles rencontrent dans les hôpitaux américains. Une participante se décrivant comme issue d'un milieu plus traditionnel aurait apprécié des cours pour l'aider à comprendre les patients aux valeurs culturelles très différentes des siennes (Jose). Une infirmière avec plusieurs années d'expérience remarque qu'il faut plus de temps pour comprendre et s'adapter à une nouvelle culture, une nouvelle langue : « Nous sommes de bonnes infirmières avec beaucoup de potentiel, mais c'est seulement que tout ça nous dépasse, au début » (Jose). Une seule infirmière de l'étude de Matiti et Taylor, originaire des Philippines, considère avoir reçu un bon soutien durant son intégration culturelle et un infirmier (Winkelmann-Gleed & Seeley, 2005) est positif à propos des opportunités et du soutien pédagogique fournis par son employeur. Des infirmières ont l'impression d'être déphasées (displaced) (Alexis & Vydelingum). Certaines vivent un choc culturel parce que les costumes, le rythme de travail, le langage médical sont différents (Alexis &

Vydelingum). Elles sont habituées à un système plus hiérarchique et s'attendent à être traitées avec davantage de respect par les infirmières plus jeunes ou moins expérimentées (Aboderin, 2007). Des participantes déplorent que leurs collègues soient résistantes au changement lorsqu'elles proposent une nouvelle façon de faire fondée sur leur expérience et connaissances différentes (Higgingbottom, 2011). Certaines sont déçues parce que le système de santé qu'elles découvrent n'est pas aussi avancé au niveau technologique que ce à quoi elles s'attendaient (Daniel et al., 2001; Higgingbottom). Par contre, des participantes observent qu'il y a davantage de ressources matérielles que dans leur pays (Higgingbottom; Aboderin), où on demande parfois aux familles d'acheter le matériel nécessaire aux soins (Higgingbottom). D'autres participantes trouvent au contraire le niveau technologique plus avancé et qu'il s'agit d'un défi à surmonter. Elles auraient aimé plus de temps pour apprendre à maîtriser ces nouvelles technologies (Jose). Certaines s'attendaient à ce que les soins demeurent similaires (Higgingbottom; Matiti & Taylor) et considèrent que leur formation antérieure en soins infirmiers les a bien préparées pour le système de santé du pays hôte (Matiti & Taylor). D'autres, au contraire, imaginaient que les soins seraient plus différents et s'attendaient à ce que les infirmières accomplissent des tâches plus complexes, avec davantage de responsabilités (Daniel et al.).

Le rôle de l'infirmière est différent de ce que la plupart ont connu. Il s'agit d'un rôle plus autonome, où les infirmières ont besoin de prendre davantage de décision (Palese et al., 2006), ont plus de responsabilités (Jose, 2011) et font davantage de tâches de gestion (Palese et al.). Quelques participantes confient trouver normal de se référer au médecin et que le médecin prenne les décisions (Aboderin), mais on remarque que dans le pays d'origine aussi, on observe un changement de paradigme qui viendrait de l'Ouest, la profession se transformant d'une vocation à un travail professionnel autonome (Aboderin, 2007). Certaines déplorent cette évolution parce que ces nouvelles responsabilités signifient moins de temps au chevet des patients (Palese et al.). Des participantes disent être plus habituées de donner des soins basés sur la tâche plutôt que des soins holistiques (Alexis & Vydelingum, 2004). D'autres sont surprises de rencontrer autant de spécialités différentes, expliquant que la physiothérapie et d'autres spécialités professionnelles relevaient autrefois de leurs tâches (Daniel et al., 2001). Elles réalisent

qu'elles ont désormais plus de contact avec les autres professionnels (Palese et al.), mais déplorent que ces contacts soient davantage teintés de compétition que de collaboration (Higgingbottom, 2011). Des participantes ne sont pas habituées à avoir autant de documents à remplir (Daniel et al.; Palese et al.; Higgingbottom). Elles apprennent au Canada à écrire leurs notes dans un langage plus objectif et surtout à la fin du quart de travail (Higgingbottom). Elles sont surprises de retrouver les dossiers au chevet du patient (Daniel et al.). Le système de quart de travail est nouveau pour certaines (Daniel et al.). On rencontre des techniques nouvelles. Par exemple, une infirmière est outrée de constater qu'au Canada, on utilise encore en obstétrique une position qui est selon les données probantes moins confortable pour la mère (Higgingbottom).

Des infirmières immigrantes confient qu'elles s'attendaient à ce que la famille soit plus impliquée dans les soins du patient (Jose, 2011) et offre les soins de base (Matiti & Taylor, 2005; Daniel et al., 2001; Liou & Cheng, 2011). Laver et habiller les patients plutôt que de laisser la famille le faire rend les soins plus lourds et des participantes se plaignent de maux de dos (Daniel et al.). Bien que certaines se soient résignées à offrir ces soins de base (Matiti & Taylor; Alexis & Vydelingum, 2004, Daniel et al.), quelques-unes considèrent que des infirmières avec beaucoup moins d'expérience qu'elles devraient y être assignées (Aboderin, 2007). Les infirmières les plus désillusionnées travaillent pour des CHSLD privés, où les tâches qu'on attend d'elles sont considérées beaucoup moins intéressantes qu'en milieu hospitalier (Aboderin; Higgingbottom, 2011). Certaines n'apprécient pas de travailler avec le système de santé public non plus (Higgingbottom). Des participantes considèrent que les personnes âgées sont négligées dans le pays hôte et déplorent que trop d'entre elles soient placées ou vivent seules (Daniel et al.). Les infirmières de l'étude britannique de Daniel et al. espéraient avoir une charge de travail moins lourde, et un meilleur ratio infirmière/patients. Elles sont déçues parce qu'elles se disent habituées à davantage d'infirmières et de préposés (Daniel et al.), surtout lorsque les cas sont plus complexes et la charge de travail plus importante (Jose). Au contraire, les participantes de l'étude de Liou et Cheng considèrent les ratios meilleurs avec cinq patients par infirmière plutôt que neuf. Elles apprécient aussi avoir des préposés.

Le rôle du patient est également différent. Par exemple, on encourage davantage les auto-soins et l'autonomie décisionnelle du patient (Palese et al., 2006). Les personnes soignées deviennent plus exigeantes parce qu'elles sont mieux informées de leur condition de santé, ce qui rend le travail moins facile pour les infirmières (Jose, 2011; Palese et al.). Les patients sont plus fortunés et plus optimistes à propos de leurs traitements qu'en Roumanie, où les patients sont décrits comme pauvres et déprimés (Palese et al.). La gestion de la médication peut s'avérer différente. Les noms des médicaments (Daniel et al., 2001; Brunero et al., 2008) et la personne qui les distribue diffèrent (Brunero et al.). Des participantes disent ne pas être à l'aise avec les prescriptions verbales (Daniel et al.; Jose) à cause des responsabilités légales qui en découlent (Daniel et al.), ce qui s'avère encore plus difficile lorsque la prescription se donne par téléphone (Jose). Une infirmière originaire de Somalie a besoin de temps pour s'habituer au fait que les hommes et les femmes sont soignés sur la même unité (Winkelmann-Gleed & Seeley, 2005). Malgré les difficultés rencontrées, des infirmières qui parviennent à les surmonter en viennent à apprécier travailler aux États-Unis et ont maintenant envie d'aider les nouvelles infirmières immigrantes à traverser les mêmes difficultés qu'elles ont connues (Jose).

### **Différences dans la communication**

Les difficultés liées à la communication sont mentionnées dans la plupart des études et sont considérées comme l'un des principaux défis que doivent relever les infirmières immigrantes. Elles trouvent difficile de comprendre l'anglais parlé, surtout lorsque le débit est rapide (Matiti & Taylor, 2005) et elles sont anxieuses lorsqu'elles doivent parler au téléphone (Liou & Cheng, 2011; Matiti & Taylor). Des infirmières rencontrent des difficultés avec le vocabulaire médical technique (Alexis & Vydelingum, 2004; Daniel et al., 2001), les abréviations et le jargon médical (Daniel et al.). Le fait que l'anglais n'est pas leur langue première peut être vécu comme une humiliation parce qu'elles ne sont pas écoutées (Alexis & Vydelingum) ou que les médecins et autres spécialistes s'impatientent avec elles (Liou & Cheng). Des infirmières se plaignent qu'on les considère comme si elles étaient stupides à cause des difficultés qu'elles rencontrent avec l'anglais (Matiti & Taylor). Dans l'étude de Omeri et Atkins (2002) une

participante compare ces difficultés à être silencieuse, ne pas avoir de parole (being silent). D'autres sentent que les patients gardent leur distance parce qu'elles ne parlent pas bien l'italien (Palese et al., 2006). Toutes les participantes de l'étude d'Omeri et Atkins disent faire des efforts pour apprendre l'anglais mais trouvent difficile de dénicher un cours et de pouvoir y accéder. Certaines sont mal comprises parce qu'elles ont un accent (Matiti & Taylor). Une infirmière de l'étude de Liou et Cheng dit ressentir beaucoup de frustration avec la barrière du langage qui l'empêche de donner les soins de qualité qu'elle croit être capable d'offrir et que les patients méritent, au point qu'elle considère parfois quitter son emploi d'infirmière. Une infirmière remarque qu'elle est parvenue à surmonter la barrière du langage en s'adaptant : « J'ai dû apprendre à dire les choses de façon à ce qu'ils les comprennent » (Jose, 2011).

Les résultats des études convergent sur plusieurs points. Par exemple, quelques études remarquent un manque d'informations cruciales (Jose, 2011; Matiti & Taylor, 2005; Omeri & Atkins, 2002) et de nombreuses difficultés durant la période migratoire, par exemple des difficultés financières (Aboderin, 2007), la non-reconnaissance des acquis (Higgingbottom, 2011) et l'isolement (Brunero et al., 2008; Daniel et al., 2001; Winkelmann-Gleed & Seeley, 2005; Zhou et al., 2010). Peu d'études décrivent l'expérience d'intégration professionnelle dans le cadre d'un programme particulier. Malgré tout, plusieurs participantes des études recensées mentionnent l'importance, pour le succès de leur intégration, de se sentir soutenues durant les premiers mois, voire les premières années (Alexis & Vydelingum, 2004; Jose; Liou & Cheng, 2011; Winkelmann-Gleed & Seeley). Les différences dans la culture des soins s'avèrent un défi pour plusieurs infirmières immigrantes, et plusieurs vivent des expériences de discrimination (Aboderin; Alexis & Vydelingum; Alexis et al., 2007; Liou & Cheng; Omeri & Atkins, 2002; Winkelmann-Gleed & Seeley). Plusieurs études identifient les différences au niveau de la culture professionnelle (Aboderin; Alexis & Vydelingum; Jose; Palese et al., 2006), des pratiques de soins (Daniel et al.; Higgingbottom; Palese et al.) et de la communication verbale et non-verbale (Alexis & Vydelingum; Daniel et al.; Liou et Cheng; Matiti & Taylor; Palese et al.) parmi les principales difficultés rencontrées dans leur nouveau milieu de pratique.

On constate que les études se concentrent sur l'expérience en lien avec le milieu et l'identité professionnelle. Or, la recension des écrits nous permet d'observer qu'une grande partie des difficultés rencontrées sont liées à la dimension culturelle. Celle-ci se trouve au cœur de l'expérience des infirmières immigrantes. Nous avons donc choisi, pour encadrer notre projet de recherche, une approche inspirée de l'anthropologie et des soins infirmiers. L'approche anthropo-biologique de Collière, plus précisément sa dynamique structurante, a été retenue.

### **Approche anthropo-biologique de la recherche : la dynamique structurante de Collière**

Nous constatons, suite à la recension des écrits, que la prise en compte de la dimension culturelle s'avère primordiale à une bonne compréhension de l'expérience d'intégration des infirmières immigrantes. Et pourtant, plusieurs auteurs (Allan, 2007; Kolawole, 2009; Woodbridge & Bland, 2010; Yeates, 2004) déplorent que dans les études portant sur le sujet, cette expérience d'intégration ne soit que très rarement resituée dans son contexte élargi. Nous entendons par contexte élargi l'histoire de vie de la personne et ses différentes appartenances culturelles. Afin de palier à cette lacune, l'approche anthropo-biologique de Marie-Françoise Collière a été retenue. Selon Collière (2001), il est en effet impératif, pour comprendre le sens d'un événement pour une personne donnée, de resituer cet événement à l'intérieur de son univers de vie (Figure 4). Par univers, Collière veut dire « le lieu d'insertion, le territoire d'appartenance du groupe. » (p.62). Les infirmières immigrantes vont tenter de s'approprier ce nouvel univers qu'est le système de santé et le milieu des soins infirmiers québécois. Entre temps, elles appartiennent aussi à d'autres univers de vie, par exemple, la famille, les groupes d'appartenance ethnoculturels et religieux, la société québécoise dans son ensemble.

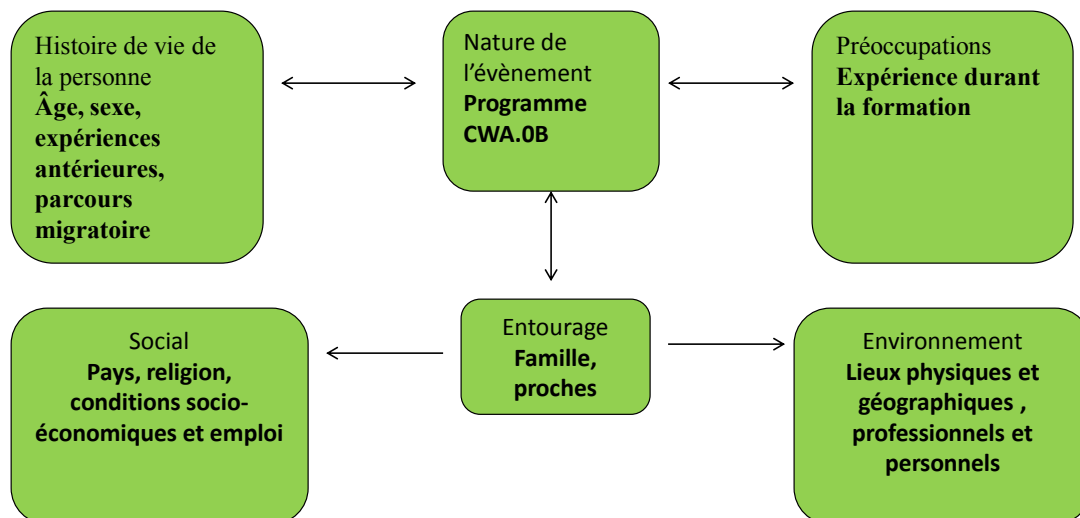
Collière nous enjoint également de faire de la personne soignée la première source de connaissance. Dans une perspective éémique de la situation, la personne est en effet la seule experte de sa propre expérience de l'événement et des préoccupations qu'elle peut générer chez elle. Ceci rejoint pertinemment notre intention de nous servir de la présente

recherche comme d'une opportunité pour les infirmières immigrantes d'exprimer leurs propres besoins et préoccupations sur leur expérience de la formation CWA.0B.

Pour ce faire, Collière propose de rassembler et de relier les principaux éléments susceptibles d'influencer l'expérience de la personne dans une dynamique structurante. Cette dynamique se divise en six pôles. Le premier pôle structurant la dynamique est constitué de l'âge et du sexe, auxquels s'ajoutent les éléments significatifs de l'histoire de vie de la personne. Le deuxième pôle de la dynamique structurante de Collière est l'évènement en soi. Pour notre recherche, il s'agit de cette période charnière que représente la formation CWA.0B pour les participantes. Son appréciation et les préoccupations que cette formation génère chez les étudiantes infirmières constituent le troisième pôle de la dynamique structurante de Collière. Enfin, l'environnement social de la personne, incluant son entourage social, c'est-à-dire ses proches mais aussi l'ensemble de ses appartenances culturelles (ethniques, religieuses, professionnelles, genre, statut socioéconomique ou autres) et l'environnement physique deviennent les deux derniers pôles rassemblant les éléments susceptibles d'influencer l'expérience d'intégration des infirmières immigrantes. Ces pôles sont inter-reliés, afin de bien illustrer les interactions et les articulations complexes entre chacun des éléments. Cette dynamique structurante nous permet d'approcher l'expérience des infirmières immigrantes complétant la formation CWA.0B dans toute sa richesse anthropologique (Figure 4).



## Cadre de référence Approche de Collière (2001)



*Figure 4.* Dynamique structurante de Collière, 2001. Reproduite avec la permission de l'éditeur.

Selon Collière, « Avoir compris la dynamique qui se joue entre les aspects fondamentaux évoqués ci-dessus est le point de départ de tout ce qui suivra » (p. 157). Après quoi Collière remarque que pour aller plus loin dans la compréhension de la situation vécue, il faudra dépasser le fossé entre le langage « vernaculaire » et le langage professionnel infirmier. Dans le cadre de notre recherche, les participantes et l'étudiante chercheuse partagent une culture infirmière similaire, et possèdent donc un langage commun. Malgré cela, le défi demeure au plan de la bonne compréhension des signifiés du langage. En effet, les entrevues se sont déroulées en français. Bien que les participantes possèdent toutes un niveau de français suffisant pour étudier dans cette langue, il ne s'agit pas de leur langue maternelle, ce qui peut rendre difficile l'expression de réalités plus complexes ou difficiles et leur compréhension par l'étudiante chercheuse. De plus, bien que les différentes cultures infirmières partagent plusieurs points communs, l'un des objectifs spécifiques de la recherche consiste à explorer les différences

culturelles entre ces parcours professionnels variés et considérer l'influence des ces différences sur l'expérience de la formation CWA.0B pour les participantes.

### **Objectifs spécifiques de l'étude**

Les trois objectifs spécifiques de la recherche permettent d'explorer tous les pôles de la dynamique structurante et ainsi saisir l'ensemble des éléments susceptibles d'influencer leur expérience de la formation. Le premier objectif consiste à explorer l'influence du sexe, de l'âge et de l'histoire de vie de la participante sur son expérience de la formation « Intégration à la profession infirmière du Québec ». Le sexe, l'âge et l'histoire de vie se retrouvent dans le premier pôle de la dynamique de Collière. Le deuxième objectif de notre recherche vise à examiner les perceptions et préoccupations des infirmières à l'égard du programme CWA.0B. Il s'agit des deuxième et troisième pôles de la dynamique structurante. Enfin, le troisième objectif de l'étude cherche à décrire l'influence de l'entourage social et de l'environnement sur l'expérience des infirmières DHQ ayant complété la formation d'intégration professionnelle obligatoire au collégial CWA.0B. Il regroupe les deux derniers pôles de la dynamique structurante, soit le contexte social et l'environnement physique.

### **3. Méthodologie**

Cette section du mémoire discute de la méthodologie de l'étude. Elle comprend la description du devis et de l'échantillonnage, le déroulement de l'étude, la présentation des instruments de recherche et finalement, la méthode d'analyse des données.

#### **Devis de l'étude**

Le devis de l'étude est qualitatif et exploratoire. Il s'agit d'un devis approprié puisqu'il existe peu de connaissances accumulées sur le sujet des infirmières immigrantes et sur leur expérience d'intégration professionnelle au Québec (Creswell, 2009; Lobiondo-Wood & Haber, 2009; Sandelowski, 2000). Ce devis permet d'approfondir la compréhension du sujet à l'étude dans toute sa complexité et de mieux se familiariser avec la réalité vécue des personnes concernées et leurs préoccupations (Deslauriers & Kérisit, 1997).

#### **Échantillonnage**

La population cible de l'étude est l'ensemble des infirmières et sages-femmes DHQ complétant ou ayant complété l'attestation d'études collégiales CWA.0B intitulée « Intégration à la profession infirmière du Québec » dans un cégep francophone, durant les deux dernières années. À chaque année au Québec, environ 450 infirmières et sages-femmes DHQ complètent la formation, et ce nombre continue d'augmenter (OIIQ, 2011b). Environ 900 infirmières ont ainsi terminé la formation au cours des deux dernières années. Une centaine de ces infirmières graduent annuellement du cégep anglophone John Abbott. En les soustrayant, 700 infirmières DHQ demeurent. Il s'agissait de notre bassin de participantes potentielles provenant des quatre cégeps francophones. Il n'existe pas de statistiques quant au nombre d'hommes infirmiers DHQ, et bien que ceux-ci se révèlent plus nombreux que les infirmiers formés au Québec (environ 10 % des effectifs infirmiers québécois) (OIIQ, 2012), ce nombre demeure relativement faible.

Les quatre cégeps offrant la formation en français sont les cégeps de Limoilou, du Vieux-Montréal et de Sherbrooke et le collège Édouard-Montpetit. L'échantillon est constitué d'un sous-groupe de 15 infirmières et trois sages-femmes provenant de deux de ces quatre cégeps francophones. En effet, ces dernières peuvent maintenant s'inscrire au programme CWA.0B, si leur formation et expérience antérieures sont jugées par l'OIIQ équivalentes à celles d'une infirmière en soins périnataux. Étant donné qu'elles obtiendront, conditionnellement à leur réussite de la formation, la possibilité de s'inscrire à l'examen professionnel de l'OIIQ et accéder au statut d'infirmière au Québec, il nous a semblé pertinent de les inclure dans notre étude. Il s'agit d'un échantillonnage de convenance parmi les infirmières DHQ ayant accepté de participer à l'étude. Les participantes sont majeures et aptes à consentir à la recherche.

### **Taille de l'échantillon**

Selon Morse (2000), une recherche qualitative nécessite entre 20 et 30 participantes si les entrevues semi-dirigées sont plus superficielles. Par contre, si les entrevues résultent en une information riche et variée, et que chaque personne est interviewée plusieurs fois, six à dix participants peuvent se révéler suffisants (Morse). Notre étude comprend 18 participantes. La saturation des données a été atteinte après une quinzaine de participantes. Sandelowski (2000) recommande, dans le cadre d'un devis descriptif, un maximum de variabilité afin d'offrir une description fidèle du phénomène à l'étude. Les participantes ont donc été recrutées parmi l'ensemble des groupes ethniques francophones présents chez les infirmières DHQ terminant le programme CWA.0B. Par contre, une trop grande hétérogénéité peut aussi compromettre la profondeur analytique attendue d'une bonne étude qualitative (Sandelowski, 1995). Il s'agit d'un équilibre délicat à obtenir. Ainsi, nous nous sommes limitées aux infirmières et sages-femmes immigrantes complétant le programme d'intégration dans un cégep francophone, excluant ainsi celles inscrites au cégep de John Abbott. Par contre, afin de conserver l'ensemble des infirmières immigrantes inscrites dans un cégep francophone sans trop compromettre la profondeur de l'analyse, nous avons décidé de limiter l'étude aux femmes infirmières et sages-femmes DHQ. Celles-ci sont en effet plus nombreuses et il est possible que leur expérience diffère de celle de leurs collègues masculins, entre autres parce qu'elles sont

potentiellement victimes d'une double discrimination fondée sur le genre et l'origine ethnique.

### **Critères d'inclusion et d'exclusion**

Les participantes doivent avoir terminé un premier diplôme donnant accès au titre d'infirmière ou de sage-femme dans un autre pays. Elles doivent également avoir complété, avec succès ou non, ou être en voie de compléter le programme CWA.0B. Les infirmières et sages-femmes ayant déjà complété la formation doivent avoir gradué ou abandonné celle-ci depuis moins de deux ans, afin d'éviter les biais de mémoire. Les participantes doivent pouvoir s'exprimer en français. Tel que discuté précédemment, les hommes ont été exclus de l'étude afin de diminuer l'hétérogénéité de l'échantillon et permettre une analyse plus approfondie. Les infirmières immigrantes ayant déjà eu dans le passé la chercheuse étudiante comme enseignante ont également été exclues de l'étude.

### **Collecte de données**

La chercheuse étudiante a contacté les coordonnatrices à la formation continue responsables du programme CWA.0B dans leurs cégeps respectifs, afin de leur expliquer le but de la recherche et obtenir leur collaboration au recrutement des participantes. Les coordonnatrices ont contacté leurs anciennes étudiantes par le biais d'un courriel, pour les informer du projet de recherche et leur expliquer sommairement son but et sa pertinence. Les coordonnatrices de deux cégeps ont permis à la chercheuse étudiante de présenter l'étude aux étudiantes terminant le programme dans le cadre d'une courte présentation d'une quinzaine de minutes, et de répondre à leurs questions. Par la suite, les personnes intéressées à participer ont pu laisser leurs coordonnées à la chercheuse étudiante. Cette deuxième méthode s'est révélée plus efficace. La simple invitation à participer à l'étude par courriel n'avait intéressé qu'un seul participant, un homme, et une participante, dont l'horaire ne lui permit malheureusement pas de participer à l'étude, malgré l'offre de la chercheuse étudiante de se déplacer au lieu et au moment de son choix.

Les entrevues se sont déroulées entre les mois d'avril et de décembre 2013. La première des deux entrevues prévues par participante a duré, en moyenne, 45 minutes. Ces entrevues se sont déroulées au moment et au lieu convenant à chaque participante.

Chacune a ainsi été interviewée au cégep, dans un café ou à sa résidence personnelle. Un formulaire de consentement a d'abord été présenté et expliqué avant le début de l'entrevue et un exemplaire a été laissé à chaque participante. Après la signature du formulaire de consentement, les participantes ont rempli la fiche de renseignements sociodémographiques. La première entrevue a été menée à l'aide d'un guide d'entrevue semi-structuré. Lorsque la participante le permettait, l'entrevue a été enregistrée sur support audionumérique. Dix des 18 participantes ont accepté d'être enregistrées. De l'avis de certaines participantes et informateurs clés (coordonnatrice du programme, chercheuse explorant l'expérience des infirmières immigrantes) certaines auraient refusé l'enregistrement par crainte des représailles, plusieurs étudiantes se sentant en situation de vulnérabilité durant la formation et certaines se disant victimes de discrimination, comme les résultats le révéleront plus loin. Les verbatim des premières entrevues ont été retranscrits fidèlement à la main par la chercheuse étudiante. L'étudiante chercheuse a tenté de répondre aux inquiétudes des participantes et a proposé des ressources pouvant répondre aux besoins exprimés (aide psychologique, ombudsman). À mesure que l'étudiante obtenait la confiance de prochaines participantes, parfois rassurées ou même recrutées par leurs collègues ayant complété la première étape de la collecte, davantage d'entrevues ont pu être enregistrées.

Les participantes ont par la suite été recontactées par téléphone puis courriel pour une deuxième entrevue afin de valider le contenu de la transcription des données. Les transcriptions des entrevues ont été envoyées aux participantes par courriel. Ainsi certaines ont pu modifier, préciser ou ajouter des informations supplémentaires lors de la deuxième entrevue téléphonique, laquelle s'est échelonnée sur une durée moyenne de 15 minutes.

Les données ont été dénominalisées dès leur collecte, afin de préserver la confidentialité des participantes tout au long du processus d'analyse, incluant la diffusion des résultats. Les enregistrements seront conservés cinq ans dans un tiroir sous clé, au bureau de l'étudiante chercheuse, situé au Collège de Bois-de-Boulogne. Les données transcrites sur support informatique ont été sécurisées avec un mot de passe. Les données

seront détruites après cinq ans. Entretemps, seules l'étudiante chercheuse et ses directrices de recherche y ont accès.

### **Instruments de la collecte de données**

Un questionnaire élaboré pour la présente étude sur les renseignements sociodémographiques a permis de recenser l'âge, le pays d'origine, l'origine ethnique, la langue parlée à la maison, le nombre d'années d'étude et d'expérience en tant qu'infirmière ou sage-femme, la religion, le type d'immigration des participantes, le nombre d'années au Québec ainsi que la réussite ou l'échec relié à la formation collégiale ou à l'examen de l'OIIQ lorsque ceux-ci avaient été complétés. Ledit questionnaire peut être consulté à l'annexe 1 du mémoire.

Un guide d'entrevue semi-structurée a été élaboré pour cette étude et a permis d'encadrer la collecte des données pour les deux entrevues. Ce guide a été élaboré par la chercheuse étudiante suite à la recension des écrits, en tenant compte des collectes de données et résultats des études existantes, et à partir de la dynamique structurante de Collière, afin de s'assurer que chaque pôle de cette dynamique soit bien exploré. Le guide a par la suite été pré-testé auprès d'un ancien étudiant du programme CWA.0B. De plus, une validation de contenu, jusqu'à l'obtention du consensus, a été réalisée auprès d'un groupe de six experts, soit une ancienne étudiante du programme d'intégration professionnelle, une étudiante doctorante de l'Université de Montréal, une coordonnatrice de cégep à la formation continue et les trois directrices de la recherche. Le guide d'entrevue peut être consulté à l'annexe 2 du mémoire.

### **Analyse des données**

Il s'agit d'une analyse thématique selon la méthode de Miles et Huberman (2003). Les verbatim des entrevues ont été retranscrits par un proche de l'étudiante chercheuse. Cette dernière s'est, par la suite, chargée de relire les textes en écoutant simultanément les bandes audio, afin de s'assurer de la fidélité de la transcription. Après quoi les transcriptions ont été postées par courriel électronique aux participantes afin que leur contenu puisse être validé. Une fois celles-ci validées par les participantes, les transcriptions ont été relues à plusieurs reprises par l'étudiante chercheuse afin d'en

dégager les unités de sens. Les verbatim ont fait l'objet d'une analyse minutieuse de la part de la chercheuse étudiante où chaque unité de sens s'est vue attribuer un code particulier. Le cahier de codes et ses verbatim codifiés ont par la suite été soumis aux trois chercheuses assurant la direction du mémoire. En tout, 40 % de l'analyse des données a ainsi été triangulée par l'étudiante chercheuse et ses trois directrices, à trois moments prédéterminés de la collecte des données, soit au début, au milieu et à la fin du processus de collecte de données.

### **Les critères de scientificité**

La crédibilité s'appuie sur la justesse et la pertinence du lien établi entre les observations empiriques et leur interprétation (Laperrière, 1997). Afin de s'assurer que les observations reflètent bien la pensée des participantes, la retranscription des entrevues enregistrées et manuscrites ont été transmises aux participantes qui ont pu valider celles-ci et les corriger au besoin. Le cadre de référence utilisé dans la recherche a également permis d'assurer une plus grande crédibilité en permettant de bien situer l'étude dans son contexte plus large. La saturation des données a été atteinte, aucun thème nouveau n'ayant surgi dans les dernières entrevues. Les directrices de recherche ont contribué à 40 % de la codification des données à trois moments différents, soit au début, au milieu et à la fin de la codification. L'analyse des résultats a également été triangulée avec les directrices de recherche. La discussion des résultats en fin du présent mémoire permet également de constater combien ceux-ci corroborent les résultats des études similaires, permettant ainsi de leur assurer une validité référentielle significative.

La fiabilité de l'étude a également été prise en considération. Une étude est fiable lorsque sa méthodologie assure une analyse des résultats indépendante des idéologies des chercheurs impliqués (Mucchielli, 1996). Pour ce faire, il est important de s'assurer de la rigueur de la procédure méthodologique. Le déroulement de la recherche est ainsi décrit de manière détaillée. Les données ont été recueillies par la chercheuse étudiante et dix des 18 entrevues ont pu être enregistrées sur support audionumérique. Les résultats ont été comparés à ceux des études similaires et plusieurs résultats concordants, ainsi que des résultats novateurs, ont pu être identifiés.



La transférabilité d'une recherche aborde la question de « l'utilité générale des résultats de recherches qualitatives » (Laperrière, 1997, p. 386) en nous permettant de déterminer jusqu'à quel point ses résultats peuvent être généralisés (Miles & Huberman, 2003). Pour ce faire, l'échantillon doit être représentatif de la problématique à l'étude. Une bonne description du contexte et de la population à l'étude contribue également à augmenter la validité externe (Laperrière, 1997). La fiche détaillant les caractéristiques sociodémographiques des participantes permet d'évaluer ce potentiel de transférabilité des résultats obtenus. Ainsi, bien que le nombre de participantes de notre recherche soit relativement restreint, notre échantillon de 18 participantes issues des principaux pays d'origine des infirmières immigrantes désirant intégrer la profession au Québec laisse espérer une certaine transférabilité des résultats. En effet, elles reflètent assez bien la composition démographique des infirmières DHQ inscrites à la formation. Par contre, cette transférabilité ne s'étend pas aux infirmières immigrantes de la formation offerte en anglais, ni aux hommes étudiants infirmiers étrangers. Une deuxième stratégie permettant d'augmenter la transférabilité des résultats consiste à offrir une description détaillée du site étudié. Il s'agit dans notre cas d'un programme particulier de formation, soit le programme CWA.0B « Intégration à la profession infirmière du Québec » tel qu'il a été vécu par des infirmières immigrantes dans deux des quatre cégeps offrant la formation. Pour des raisons de confidentialité, les deux cégeps en question ne sont pas identifiés.

Enfin, un bon niveau d'abstraction des résultats permet de nous assurer que ceux-ci seront plus facilement transférables à d'autres contextes (Mukamurera, Lacourse & Couturier, 2006). Les données recueillies ont ainsi été analysées de façon méticuleuse par la chercheuse étudiante et ses trois directrices de maîtrise. Bien qu'il s'agisse d'une exploration de l'expérience d'un programme de formation particulier, les thèmes émergents de l'analyse rejoignent et enrichissent les conclusions d'études similaires sur l'expérience d'intégration d'infirmières immigrantes.

### **Considérations éthiques**

Le projet a été soumis au comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du Centre de recherche clinique du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) et de l'Université de Sherbrooke. Le protocole de recherche final et accepté par

le comité d'éthique porte le numéro 12-127. Celui-ci peut être consulté dans son intégralité à l'annexe 3 du mémoire.

Le lieu et le moment des entrevues ont été déterminés par les participantes, l'étudiante chercheuse s'assurant, de son côté, d'offrir un environnement confidentiel et respectueux en tout temps. À la première rencontre, l'étudiante chercheuse s'est fait un devoir de rappeler à la participante le but de l'étude et son déroulement, de manière à ce que celle-ci soit parfaitement consciente des risques et inconvénients potentiels. Les participantes ont été informées du temps qu'elles devraient consacrer à l'étude, du type de questions posées, et de la possibilité que ces questions ravivent des souvenirs désagréables. Auquel cas, l'étudiante chercheuse s'est assurée d'offrir le soutien adéquat à la participante (référence à un service psychologique de sa région), que son consentement à participer à l'étude demeure parfaitement libre et a redirigé la participante aux ressources appropriées si nécessaire.

Le formulaire de consentement a été présenté aux participantes en leur rappelant que leur signature ne constitue pas un engagement de leur part à terminer l'étude et qu'il leur demeure possible de se retirer en tout temps. Les participantes ont eu tout le temps nécessaire pour lire et bien comprendre le formulaire, et l'étudiante chercheuse s'est montrée disponible pour répondre aux inquiétudes et questions formulées.

#### 4. Résultats

Ce chapitre présente les résultats de l'étude. Nous exposerons d'abord les données illustrant le profil des participantes. Nous poursuivons avec les résultats émergeant de l'étude.

##### **Profil sociodémographique des participantes**

Dix-huit femmes, étudiantes au programme CWA.0B de deux cégeps de la région métropolitaine ont accepté de participer à l'étude, soit 11 étudiantes du premier cégep et sept étudiantes du deuxième cégep. Parmi les participantes, trois étaient sages-femmes dans leur pays d'origine. Les autres étaient infirmières accréditées.

Les participantes avaient entre 26 et 49 ans au moment de la collecte de données. Six d'entre elles se situent dans la fourchette d'âge des 25 à 34 ans. Neuf participantes ont entre 35 et 44 ans et trois se situent entre 45 et 54 ans. Les participantes sont originaires de 11 pays différents : cinq sont Marocaines, deux sont Algériennes, deux sont Camerounaises et deux sont Haïtiennes. Les autres pays comptent une participante chacun. Il s'agit de la Biélorussie, la Belgique<sup>1</sup>, le Congo, la Côte d'Ivoire, le Liban, le Pérou et la Roumanie.

Onze participantes disent parler français à la maison, mais seulement deux d'entre elles s'expriment exclusivement en français. Les neuf autres ont indiqué parler à la maison deux ou trois langues différentes. Notre questionnaire ne demandant pas de préciser le pourcentage d'usage de chaque langue, il nous est impossible d'évaluer l'importance de chacune d'entre elles dans les échanges familiaux quotidiens. Les autres langues mentionnées par les participantes sont l'amazighe, l'arabe, le bayangam, le berbère, le créole, le flamand, l'italien, le kabyle, le russe, le roumain et le yoruba. Les langues représentées permettent de mettre à jour une diversité d'appartenances ethnoculturelles autrement masquées par les identités nationales.

---

<sup>1</sup> Bien que les infirmières immigrantes belges ne fassent pas partie de l'OIF tel que définie par l'OIIQ, celle-ci peut encore, après évaluation du dossier, prescrire la formation CWA.0B à une candidate.

Les participantes ont obtenu leur premier diplôme d’infirmière ou de sage-femme entre 1982 et 2008. Le nombre d’années d’études complété (voir Tableau 2) avant d’obtenir ce diplôme est de trois ans pour 13 des participantes, quatre ans pour quatre d’entre elles et cinq ans pour une dernière participante. Le nombre d’années d’expérience professionnelle (voir Tableau 3) varie entre deux et 25 ans, pour une moyenne de neuf ans d’expérience. Deux participantes ont accumulé de deux à trois ans d’expérience clinique avant d’immigrer, tandis que les 15 autres ont cinq ans et plus d’expérience derrière elles. Une participante n’a pas répondu à la question. Sept ont entre cinq et neuf ans d’expérience, cinq ont entre dix et 14 ans d’expérience et les deux dernières participantes cumulent entre 15 et 25 ans d’expérience professionnelle.

Tableau 2

*Nombre d’années d’études en soins infirmiers des participantes*

Participantes	13	4	1	18
Nombre d’années d’étude	3 ans	4 ans	5 ans	Total

Tableau 3

*Nombre d’années d’expérience professionnelle des participantes*

Participantes	13	4	1	2	17
Nombre d’années d’expérience	2-3	5-9	10-14	15-25	Total

Les participantes ont pratiqué dans plusieurs spécialités différentes. On trouve ainsi des participantes avec une expérience professionnelle en oncologie, pédiatrie, chirurgie orthopédique, médecine, soins intensifs, chirurgie cardiaque, gynécologie, salle d’opération, service social, service de réanimation, dialyse et urgence. Les milieux de pratique antérieurs varient également beaucoup. Des participantes ont ainsi travaillé en cabinet privé, en polyclinique, pour des organismes communautaires, dans des hôpitaux universitaires ou des hôpitaux privés ou publics, pour des compagnies d’assurances ou en milieu scolaire. Une sage-femme a travaillé en milieu hospitalier et à son compte. Certaines participantes ont une expérience très diversifiée, parfois dans différents pays.

Quatre participantes occupaient un poste d'assistante infirmière-chef ou d'infirmière-chef avant l'immigration.

Trois participantes complétant le programme d'intégration étaient au Québec depuis moins d'un an. Dix participantes avaient immigré depuis deux ans ou moins. Quatre participantes avaient immigré au Québec depuis cinq ans ou moins et une seule participante depuis plus de cinq ans. Seulement dix participantes ont offert une estimation de leur revenu personnel annuel. La moitié de ces dernières confient n'avoir aucun revenu et l'autre moitié un revenu annuel inférieur à 20 000 \$. Douze participantes ont proposé une estimation de leur revenu familial. Parmi celles-ci, quatre familles bénéficiaient d'un revenu de moins de 30 000 \$, trois participantes situaient leur revenu familial en-deçà de 40 000 \$, et cinq participantes un revenu familial annuel supérieur à 40 000 \$.

**Émergence des résultats reliés à l'objectif 1 : Explorer l'influence du sexe, de l'âge et de l'histoire de la participante sur son expérience de la formation « Intégration à la profession infirmière du Québec »**

Cette section décrit les résultats de l'analyse des verbatim en lien avec l'objectif 1 de recherche qui consistait à explorer l'influence du sexe, de l'âge et de l'histoire de la participante sur son expérience de la formation : « Intégration à la profession infirmière au Québec ». Le Tableau 4 expose avec concision l'ensemble des résultats ayant émergé après l'analyse des données reliées à ce premier objectif.

Tableau 4

*Émergence du thème, sous-thèmes et indicateurs reliés à l'objectif 1*

Thème	Sous-thèmes	Indicateurs
Influence de l'histoire de vie sur l'expérience de la formation	Impact du parcours prémigratoire	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Caractéristiques sociodémographiques</li> <li>- Niveau de maîtrise du français</li> <li>- Formation et expérience professionnelles antérieures</li> </ul>
	Difficultés rencontrées au cours du processus d'immigration et stratégies employées pour les surmonter	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obstacles rencontrés lors du processus d'immigration</li> <li>- Obstacles à la reconnaissance des acquis</li> <li>- Manque d'information sur le programme</li> <li>- Délais avant de débiter la formation</li> <li>- Stratégies employées pour faciliter l'intégration au Québec</li> </ul>

Le premier thème démontre l'influence de l'histoire de vie sur l'expérience de la formation. Cette histoire de vie, telle que définie par Marie-Françoise Collière (2001), comprend les événements les plus significatifs ayant ponctué la vie de la personne jusqu'à l'événement à l'étude. L'histoire de vie est jumelée avec le sexe et l'âge afin de constituer le premier pôle de la dynamique structurante de Collière. L'analyse approfondie des verbatim nous a permis de voir émerger plusieurs indicateurs en lien avec ce premier pôle de la dynamique structurante. Ce premier thème regroupe deux sous-thèmes, soit l'impact du parcours prémigratoire et les difficultés rencontrées au cours du processus d'immigration ainsi que les stratégies employées pour les surmonter.

***Sous-thème 1.1 : Impact du parcours prémigratoire***

Le premier sous-thème « Impact du parcours prémigratoire » regroupe trois indicateurs, soit l'influence des caractéristiques sociodémographiques, le niveau de maîtrise de la langue française, ainsi que la formation et l'expérience professionnelles antérieures.

Au plan des caractéristiques sociodémographiques (premier indicateur), être de sexe féminin influence l'expérience de la formation. En effet, cinq participantes avaient interrompu ou ralenti leurs activités professionnelles peu de temps avant la formation afin

de s'occuper de leurs jeunes enfants. Ces participantes identifient toutes cette interruption comme l'un des principaux facteurs ayant rendu leur retour aux études et aux soins actifs plus difficile. Il s'agit en effet pour elles, d'une double intégration, soit une réintégration en emploi en plus d'une intégration professionnelle dans un système de santé différent :

J'ai travaillé sept ans à l'hôpital, mais après mon mariage, j'ai eu deux enfants à la file. J'étais donc infirmière scolaire et infirmière dans la santé communautaire : j'étais un peu loin de tout ce qui est à jour, du travail, de la pratique infirmière. Alors c'était très difficile pour moi de m'intégrer facilement. (Participante 4)

L'âge influence aussi l'expérience de la formation des participantes. La moitié d'entre elles affirme avoir trouvé cette expérience plus difficile parce qu'elles sont plus âgées :

C'est pas la même chose quand on étudie à 20 ans et à 35 ans. On a la mémoire fraîche à 20 ans, mais à 35 ans, on a passé pas mal d'épreuves dans la vie, donc on a des trous de mémoire, pas de gros trous, mais quand même (rires)! La patience, aussi, je trouve que la patience avec l'âge, ce n'est pas la même chose, ça change un petit peu. (Participante 7)

À l'opposé, une participante considère que l'âge n'a rien changé à son expérience de la formation.

Le deuxième indicateur, le niveau de maîtrise de la langue française, exerce aussi une influence sur l'expérience de la formation. Par exemple, une participante considère sa maîtrise de la langue française comme un atout ayant grandement facilité son expérience de la formation « Intégration à la profession infirmière du Québec » : « [...] C'est comme si j'avais travaillé ici des années, parce que je n'étais pas bloquée par le langage. » (Participante 10). Trois participantes qui ne maîtrisaient pas bien le français avant l'immigration y ont vu un obstacle majeur, voire le principal obstacle, à leur intégration professionnelle. L'une d'entre elles explique : « La principale difficulté, c'est le français. M'exprimer... C'est juste m'exprimer. Je comprends, j'écris aussi. [...] Je sais ce que je veux dire, mais parfois c'est difficile... Je pense que c'est la seule difficulté que j'avais. » (Participante 6).

Le pays d'origine, c'est-à-dire celui où la participante est née et a grandi, n'a pas été retenu comme indicateur, parce qu'en soi, il influence peu l'expérience d'intégration de la participante. Une participante remarque ainsi : « Je ne sais pas, mais il y a des gens avec nous, des gens de France, des gens de Belgique [...]. Par rapport à mon expérience et leur expérience, je n'ai pas trouvé qu'il y a une grande distance. » (Participante 8). En ce qui a trait au pays d'origine, c'est plus précisément le parcours professionnel prémigratoire qui semble influencer l'expérience de la formation des participantes. En effet, les deux participantes mentionnant l'influence du pays d'origine précisent que c'est avant tout les différences dans les formations et les expériences professionnelles de chaque pays qui seraient plus à même d'influencer leur expérience de la formation. Comme l'une d'entre elles mentionne : « Peut-être que la formation est plus facile pour celles qui viennent d'Europe parce qu'il y a moins de différences dans la pratique que pour celles qui viennent d'Afrique » (Participante 16). De plus, certaines participantes n'en sont pas à leur première immigration et ont pratiqué dans des pays différents, ou ont suivi d'autres formations entre leur formation de base en soins infirmiers et le programme CWA.0B. C'est pourquoi notre troisième indicateur s'intitule plutôt « formation et expérience professionnelles antérieures ».

Pour ce qui est de ce milieu de formation, on sait qu'un même pays peut dispenser plus d'une formation menant au titre d'infirmière et qu'elles ne sont pas toutes équivalentes. Ainsi, une participante vante le grand institut où elle a obtenu son diplôme parce qu'il serait supérieur aux autres formations infirmières dispensées au pays. Au contraire, une deuxième participante sage-femme trouve ses cours plus difficiles parce que son bagage de connaissance diffère trop : « Je ne vous cache pas, c'est dur. Moi j'étais sage-femme avant, donc il y a des programmes que je n'ai pas vus vraiment en détail. Je les ai vus, mais je les ai vus en général. » (Participante 2).

Les milieux de pratique antérieure peuvent également plus ou moins bien préparer les participantes aux stages cliniques et au milieu de travail dans le système de santé québécois. Par exemple, une participante ayant travaillé dans le milieu sanitaire privé considère posséder une longueur d'avance sur ses collègues parce qu'il s'agit d'un milieu où la pratique des soins ressemble davantage à ce qui existe au Québec. Une sage-femme



inscrite à la formation se trouve également avantagée parce que le rôle autonome des infirmières québécoises ressemble à ce qu'elle connaissait dans sa pratique antérieure :

C'est un rôle plus intelligent, de leadership, et c'est très important, ça. Je pense que ça nous valorise en tant que personne. Une sage-femme, en France, ça se rapproche beaucoup du rôle de médecin. Oui, ça m'a aidée beaucoup pour l'exercice, par exemple, dans les stages. Ce n'était pas nouveau. (Participante 5)

### ***Sous-thème 1.2 : Difficultés rencontrées au cours du processus d'immigration et stratégies employées pour les surmonter***

Notre deuxième sous-thème explore les difficultés rencontrées au cours du processus d'immigration et les stratégies employées par les participantes pour les surmonter. Le processus d'immigration débute avec la décision, au pays d'origine, d'émigrer vers le Québec. Il comprend les démarches d'immigration et les préparatifs effectués en vue de faciliter l'intégration à la société québécoise. Le processus se poursuit à l'arrivée sur le sol québécois et comprend les démarches entreprises pour récupérer son titre d'infirmière, soit les démarches conduisant à la reconnaissance des acquis et l'inscription au programme CWA.0B, une fois la prescription de l'OIIQ obtenue. Plusieurs obstacles ont été rencontrés par les participantes durant le processus et plusieurs stratégies ont été employées pour pallier à ces difficultés. Le processus d'immigration se termine une fois la participante admise au programme.

L'immigration s'avère une étape cruciale dans l'histoire de vie de toute personne. Plusieurs participantes n'en sont pas à leur première expérience à l'étranger, et près de la moitié d'entre elles affirment avoir déjà vécu ou travaillé dans un autre pays. Malgré tout, certaines participantes décrivent le processus d'immigration en terre canadienne comme particulièrement long et complexe, et comportant plusieurs obstacles (premier indicateur). Quelques participantes ont attendu plusieurs années entre le moment où elles ont débuté leurs démarches d'immigration et leur arrivée au pays. Ces délais sont expliqués par des situations administratives particulières ou par l'instabilité politique dans le pays d'origine. Une participante explique ainsi : « Ça a pris du temps aussi à cause de la situation politique qui n'était pas stable. Durant la guerre, l'ambassade du Canada a fermé, donc nous devions aller au Ghana pour faire les démarches. »

(Participant 15). Une fois sur le sol québécois, encore plusieurs obstacles sont identifiés par les participantes retardant leur inscription au programme CWA.0B et du coup leur intégration professionnelle et culturelle au Québec.

Le processus de reconnaissance des acquis consiste à rassembler tous les documents exigés par l'OIIQ. Après une étude personnalisée du dossier de la candidate, l'OIIQ remet à celle-ci une prescription de formation d'appoint qu'il lui faudra compléter et réussir avant de s'inscrire à l'examen d'entrée à la profession. Ce processus de reconnaissance des acquis s'est révélé long et laborieux pour plusieurs participantes (deuxième indicateur). Entre autres difficultés, on craint que les précieux documents originaux ne se perdent durant le trajet ou encore, on soupçonne le pays d'étude et de pratique antérieure de compliquer volontairement le processus pour punir les infirmières d'avoir « déserté » :

Ça fait deux ans que je suis ici, car j'ai pris une année à attendre les documents de l'OIIQ, et les documents que l'OIIQ m'a demandés en plus de rapporter d'Algérie [...] parce que quand on quitte, le pays d'origine fait obstacle. (Participant 10)

Il arrive que les directives ne sont pas facilement accessibles ou assez claires pour certaines participantes, ce qui ajoute aux délais :

Ça a pris beaucoup de temps. Une année à peu près. [...]. Parce que j'ai refait le dossier deux fois. J'ai attendu mes documents, ils m'ont renvoyé ça du Maroc, mais ils ont été rejetés par l'Ordre des infirmières vu qu'ils n'étaient pas dans une enveloppe scellée. Ce n'était pas clair qu'il fallait que ce soit scellé. Ils ne m'avaient pas précisé ça. (Participant 2)

Une fois les documents postés, il faut encore patienter avant d'obtenir la réponse de l'OIIQ, qui peut se faire attendre plusieurs mois :

Je ne savais pas que ça allait prendre autant de temps. Quand j'ai envoyé (les documents) en février, je croyais que dans un mois, deux mois maximum, j'allais recevoir une lettre de l'Ordre. Mais, c'était vraiment, vraiment étonnant parce que ça a pris neuf mois pour me répondre. C'était en octobre, cette année même, qu'on m'a répondu. (Participant 4)

Tous ces délais retardent évidemment l'inscription au programme et le début de la formation, ce que certaines participantes vivent plutôt difficilement :

C'est un processus qui est long et difficile. Pour moi, il y a eu un délai de un an pour pouvoir commencer à étudier. Je suis arrivée en février 2011 au Québec. Quand j'ai réalisé que je pourrais seulement commencer la formation en mars 2012, j'ai été très déprimée. (Participante 1)

Une fois la prescription de l'OIIQ obtenue, les participantes doivent s'inscrire à la formation collégiale « Intégration à la profession infirmière du Québec » d'une durée de six à neuf mois. Encore une fois, le manque d'information rend l'expérience des participantes plus difficile (troisième indicateur). La moitié d'entre elles dit ne pas avoir obtenu toute l'information pertinente au cours des démarches conduisant à l'inscription au programme d'intégration. Avant même de venir au Québec, le manque d'information disponible au pays d'origine à propos de la formation empêche des participantes de prendre une décision éclairée quant à l'immigration :

Il y avait des choses très importantes, pour prendre des décisions dans votre vie, qui manquaient dans l'information. Par exemple, est-ce qu'on a toute les chances qu'on désire de refaire la formation jusqu'à ce que vous réussissiez? Si oui, vous allez avoir le courage d'y aller, mais si vous mettez juste ce qu'on a d'information sur Internet, on se dit qu'on a qu'une seule chance, c'est-à-dire si vous la ratez, vous n'avez plus rien. (Participante 11)

Une fois au Québec, deux participantes sont surprises d'apprendre qu'elles doivent passer un examen de mathématique avant de pouvoir s'inscrire à la formation, et deux autres n'envisageaient pas devoir compléter une formation aussi longue avant de pouvoir pratiquer :

L'information était problématique... à propos du programme d'intégration, de la formation. Car lorsqu'on vient ici on annule tout, tout ce qu'il y a eu avant, même comme infirmière. Et ça, on ne nous le disait pas... On me disait que j'aurais seulement deux complémentaires à refaire, c'est tout, pas neuf mois. [...] Même au numéro (de téléphone) de l'Ordre, même en entrant sur le site de l'Ordre, ce n'était pas précis. (Participante 13)

Une participante apprend trop tard qu'elle n'a pas le droit de travailler en même temps que la formation, ce qui cause un stress financier supplémentaire pour toute la

famille. Deux participantes jugent ne pas avoir obtenu une information juste et complète sur la localisation géographique des cégeps offrant le programme avant de s'installer avec leur famille au Québec. Elles réalisent ainsi trop tard que la famille habite très loin des milieux de formation et des milieux de stages cliniques. Cette distance géographique ajoute un stress supplémentaire aux étudiantes et leur famille :

Le problème, c'est que dans ma recherche, je n'avais pas vu que la formation ne s'offre pas au cégep de Gatineau. Donc, on s'est demandé, est-ce qu'on déménage toute la famille? En plus, mon conjoint avait un job depuis le début, avant même que je fasse ma formation de préposée, à Gatineau. Finalement, j'ai décidé de venir seule ici, et de laisser les enfants avec leur père. (Participante 15)

Les délais résultant d'un manque d'information à propos du programme d'intégration s'ajoutent aux délais nécessaires à la reconnaissance des acquis (quatrième indicateur). Ces longs délais représentent un stress important et une perte de revenus qui laissent quelques participantes un peu amères. Une participante confie : « Ce que j'ai trouvé injuste, avec l'OIIQ, on ne te donne pas toutes les informations sur le programme, pour avoir le permis, pour recevoir le permis et travailler, moi ça a pris deux ans à la trouver. » (Participante 17).

Devant les difficultés envisagées et le temps estimé avant de pouvoir débiter le programme d'intégration, une participante calcule qu'il serait moins long de recommencer à zéro et décide de s'inscrire à la formation en soins infirmiers régulière offerte en deux ans par certains cégeps. Malgré qu'elle réussisse les examens d'admission, la participante voit sa candidature refusée :

Ils m'ont dit que je n'avais pas à faire le programme en deux ans. Mais moi je savais que l'OIIQ allait me demander mes documents, et obtenir les papiers de mon pays, ça fonctionne pas, ça prend beaucoup de temps. Deux ans, c'est moins long que de ramasser tous les documents pour l'OIIQ. Mais ils n'ont pas voulu, même si j'avais réussi tous les tests! [...] S'ils m'avaient acceptée, je n'aurais pas eu tous ces problèmes! Je trouve ça injuste... (Participante 3)

Ces craintes se sont avérées justifiées si on considère que la participante n'a pas encore récupéré son titre d'infirmière et que plus de deux ans se sont écoulés depuis le refus du cégep et le moment de l'entrevue.

Pendant cette période d'attente imposée, les participantes ne demeurent pas inactives. Au contraire, une majorité d'entre elles en profitent pour développer différentes ressources et stratégies visant à faciliter leur intégration à la profession infirmière au système de santé québécois et à leur intégration à la société québécoise (cinquième indicateur). Par exemple, deux tiers des participantes expliquent avoir bénéficié de différentes formes d'entraide entre immigrants, qu'il s'agisse de proches, de membres de la même communauté ou de membres appartenant à d'autres communautés ethnoculturelles :

Ce qui a été plus facile, c'est que moi j'ai une situation particulière, car après notre arrivée sur place, nous avons des amis, de la famille qui nous ont aidés. Des amis de notre pays qui nous ont conseillés. Un bon réseau.  
(Participante 15)

Le travail, bénévole ou non, rémunéré ou non, est une autre stratégie privilégiée par le tiers des participantes. Selon elles, ces emplois ont parfois été l'occasion d'un premier vrai contact avec la communauté québécoise, ont permis d'en mieux comprendre la culture et de pratiquer leur français. Lorsqu'il s'agit d'un travail, bénévole ou non, dans le domaine de la santé, il permet également de se familiariser avec le milieu et facilite du coup l'expérience d'intégration à la profession infirmière durant la formation au collégial :

Comme bénévole, j'aidais les patients à manger [...], on les aidait dans les déplacements, on les accompagnait, on leur racontait des histoires. On organisait des petites fêtes, par exemple pour Noël. Ça permet de voir le fonctionnement d'un hôpital, le langage, les mots que je ne comprenais pas, les expressions, je posais des questions. J'en ai appris beaucoup.  
(Participante 10)

Quelques participantes ont aussi suivi des cours de français avant d'immigrer ou une fois au pays. On explique apprécier le fait qu'au Québec, il n'est jamais trop tard pour retourner aux études et elles décident d'en profiter pour accélérer leur intégration au milieu du travail sanitaire québécois. En attendant de terminer leur demande d'équivalence des acquis à l'Ordre et de recevoir la réponse de celui-ci, elles complètent un certificat à l'université, une formation de préposée aux bénéficiaires ou même d'infirmière auxiliaire :

Parce que nous, à partir d'un certain âge tu n'es pas capable de retourner à l'école. Ils te limitent toujours l'âge au-delà de ça. Mais ici, ce que j'ai trouvé vraiment très intéressant, c'est le fait que vraiment à n'importe quel âge tu peux retourner à l'école. Ça, c'est bien. Donc, avant de venir ici, j'étais déjà préparée à faire des études. (Participante 2)

**Émergence des résultats reliés à l'objectif 2 : Examiner les perceptions des infirmières à l'égard du programme CWA.0B « Intégration à la profession infirmière du Québec »**

Le deuxième objectif de recherche consiste à examiner les perceptions des infirmières à l'égard du programme CWA.0B « Intégration à la profession infirmière du Québec ». Le programme d'intégration professionnelle CWA.0B demeure en effet l'évènement au cœur de notre étude à partir duquel nous souhaitons cerner l'expérience des participantes. Il s'agit d'une période cruciale dans l'intégration de ces nouvelles immigrantes au Québec et la principale étape pouvant les aider à récupérer leur titre d'infirmière. Le thème, les sous-thèmes et les indicateurs ayant émergé de l'analyse sont présentés au Tableau 5.

Tableau 5

*Émergence du thème, sous-thèmes et indicateurs reliés à l'objectif 2*

Thème	Sous-thèmes	Indicateurs
Appréciation de la formation	Formation appréciée dans l'ensemble	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation utile mais dense (incluant le contenu de l'enseignement)</li> <li>- Pertinence du contenu des cours et des méthodes pédagogiques</li> <li>- Compétence des enseignantes</li> <li>- Manque de ressources et d'encadrement</li> </ul>
	Difficultés liées au manque d'encadrement en milieu clinique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Encadrement des stages différent</li> <li>- Attentes imprécises</li> <li>- Nécessité d'un temps d'adaptation au milieu</li> <li>- Manque d'expérience pédagogique des monitrices de stage</li> <li>- Discrimination et injustice ressenties</li> </ul>

L'appréciation de la formation, par la grande majorité des participantes, correspond à l'unique thème ayant émergé du processus d'analyse des données en lien avec le

deuxième objectif de recherche. En effet, la plupart des participantes évaluent favorablement le programme CWA.0B, mais considèrent qu'il doit être réajusté dans son volet pratique. Ce thème se divise en deux sous-thèmes, soit l'appréciation de la formation par les participantes et les difficultés liées au manque d'encadrement en milieu clinique rencontré par les participantes.

### ***Sous-thème 2.1 : Formation appréciée dans l'ensemble***

La majorité des participantes décrivent la formation comme étant utile, mais très condensée (premier indicateur) avec un horaire chargé et beaucoup de matière à intégrer en peu de temps :

D'une part, je suis contente que le programme dure un peu plus de huit mois. Ça peut paraître long, mais il y a énormément d'information à apprendre, et au début, quand on vient d'arriver, on n'a pas toujours la capacité d'assimiler toute l'information d'un coup. (Participante 1)

Une seule participante apprécie le rythme auquel la formation est donnée. Deux participantes se disent par ailleurs ambivalentes à l'idée d'étirer la formation, parce qu'elles souhaitent intégrer le marché du travail rapidement. Certaines expliquent le fait que la formation est exigeante, entre autres parce que le rôle de l'infirmière au Québec comprend plus de responsabilités que ce à quoi elles ont été habituées :

La formation, personnellement, je la trouvais dure. Ce n'est pas dur, mais le programme, il est vraiment trop chargé. C'est vrai que c'est un programme qui est fait déjà pour des infirmières, mais ça n'empêche qu'il y a tellement de choses qui ne se ressemblent pas; la démarche, la méthodologie de travail, tellement de choses! Par exemple, chez nous, l'infirmière exécute les prescriptions du médecin. Alors qu'ici, dans certains cas, elle a le droit de prendre la décision, c'est elle qui décide. (Participante 8)

Quelques participantes considèrent que la formation ressemble à ce à quoi elles s'attendaient. Au contraire, une participante se dit déçue dans ses projets, parce que la formation est si exigeante qu'elle retarde leur réalisation :

Je crois que ça n'est pas comme j'avais planifié. J'avais planifié maximum une année après je vais avoir mes enfants. Mais maintenant, je dois attendre ma formation, avoir un travail après, tout ça. Donc tu fais des sacrifices. À un certain moment il faut choisir entre les deux. La famille ou bien... Parce

qu'ici si tu commences les études, dans ce programme-là, il faut se concentrer sur le programme si vraiment la personne veut réussir. C'est stressant. (Participante 2)

Des participantes mentionnent trouver la formation bien structurée, le contenu des cours pertinent et les méthodes pédagogiques employées satisfaisantes (deuxième indicateur). Une participante trouve la formation bien organisée si elle compare celle-ci à la formation d'infirmière auxiliaire qu'elle a complétée au Québec peu de temps auparavant. Quelques participantes apprécient les ressources pédagogiques plus nombreuses que ce qu'elles ont déjà connues, notamment pour les laboratoires : « Il y a aussi beaucoup de documentation, ici, plus qu'au pays, et plus de livres. Ici, il y a la bibliothèque, Internet, on a plus accès à la documentation. » (Participante 3)

Les participantes décrivent en détail leur expérience des cours théoriques offerts par le programme. Ainsi, des différences sont notées par plus de la moitié des participantes entre le système d'enseignement et les méthodes pédagogiques au Québec et ce qu'elles ont connu par le passé. Par exemple, quelques participantes remarquent qu'au Québec, on les encourage davantage à faire des liens par elles-mêmes :

Ça n'a rien à voir, même pour les examens ici, ce sont des examens qui vous poussent à faire des liens, à faire marcher le cerveau et tout ça. Peut-être qu'on est habituées à des cours magistraux, des questions qui sont directes, du par cœur, on est habituées au par cœur, hein! (Participante 8)

Deux participantes observent qu'il y a moins de hiérarchie entre le personnel enseignant et les étudiantes dans le système d'éducation québécois et une participante remarque qu'au Québec, l'enseignement est donné par des infirmières plutôt que par des médecins.

Des participantes soulèvent d'autres différences au plan du contenu de l'enseignement. Quelques-unes décrivent l'enseignement au Québec comme étant plus ciblé, de manière à se concentrer davantage sur la pratique infirmière :

Ici, c'est précis. Ils te donnent quelque chose qu'il te faut vraiment. On insiste sur les choses que tu dois faire, tu dois apprendre, que tu dois exécuter. Mais



chez nous, c'est vaste. On donne des renseignements. C'est trop vaste. L'enseignement est différent. (Participant 7)

Selon elles, ces différences résulteraient en partie de la courte durée de la formation ou des méthodes pédagogiques plus « américaines » employées au Québec.

Les participantes notent certaines différences dans le contenu théorique enseigné. Par exemple, durant la formation, les étudiantes doivent se familiariser avec le cadre légal et juridique structurant la pratique infirmière québécoise, avec les questions éthiques et déontologiques dans le contexte québécois, des matières nécessairement nouvelles pour elles. Les modèles théoriques infirmiers diffèrent de ceux qu'employait une participante dans sa pratique antérieure. Une seule participante trouve les pathologies enseignées différentes. Au contraire, quelques participantes font remarquer la dimension universelle de l'être humain et des soins qu'il requiert. L'une d'entre elles explique : « Partout, on n'aime pas souffrir. On est obligé. Mais on n'aime pas souffrir partout. Et puis, face à certaines pathologies, les gens ont les mêmes réactions partout. » (Participant 12).

La compétence des enseignantes (troisième indicateur) est également discutée. Les enseignantes responsables des cours théoriques et des laboratoires sont appréciées dans l'ensemble. On les décrit comme étant compréhensives et disponibles envers les étudiantes. Une participante observe que les enseignantes qui sont elles-mêmes immigrantes sont plus à même de comprendre leur réalité et se révèlent plus compréhensives que les autres. Une autre participante dit apprécier davantage les enseignantes plus âgées parce qu'elles ont plus de maturité et d'expérience à partager. Le partage d'expérience des infirmières enseignantes est apprécié des étudiantes. L'une d'entre elles mentionne : « J'aime beaucoup les enseignants ici, ils sont des gens formés, très professionnels, avec une grande expérience, et quand ils nous racontent leurs expériences, ça donne envie d'aller sur le champ d'action. » (Participant 5)

Par contre, on note un manque de ressources psychologiques et d'encadrement (quatrième indicateur) pour guider et soutenir les étudiantes durant cette période d'adaptation intensive dans un nouveau milieu :

Il y a un manque d'encadrement. Où sont ceux qui ont fait la formation avant nous? On n'a pas de repères. D'accord, il y a des heures pour aller voir les profs, mais si on a des questions précises. Si on a d'autres types de difficultés, il n'y a personne à qui se référer. Par exemple, si je vis une situation stressante... Je n'ai pas le numéro de la psychologue, on ne le connaît pas. C'est quand même stressant, tout ça! Retourner à l'école, quand on est plus vieille, en plus on a un enfant, une famille, tout ça dans votre vie, on se dit « Je ne dois pas faire d'échec », il faut trouver quelqu'un pour parler. (Participant 17)

Une autre participante remarque que les rares ressources psychosociales qu'on leur présente se trouvent très loin du lieu d'enseignement et difficiles à accéder.

### ***Sous-thème 2.2 : Difficultés liées au manque d'encadrement en milieu clinique***

Ce deuxième sous-thème explore l'expérience des participantes durant les stages en milieu clinique offerts dans le cadre de la formation, plus précisément les difficultés rencontrées au plan de l'encadrement. Selon les participantes de l'étude, l'encadrement des stages est différent (premier indicateur) de ce qu'elles ont connu au cours de leurs formations antérieures. Trois participantes racontent que dans le cadre de la formation reçue dans leur pays d'origine, elles étaient orientées par une infirmière du milieu clinique plutôt que par une monitrice de l'établissement d'enseignement. L'une d'elle précise : « Parce qu'on a l'habitude aussi dans notre pays quand on fait un stage, on n'a jamais eu de profs. On travaille avec une autre infirmière. On est avec une infirmière, on regarde. » (Participant 9). Elles ajoutent que la supervision qu'elles avaient reçue est alors moins étroite et peut être inappropriée si l'infirmière à qui l'étudiante est attitrée travaille moins bien. Elles préfèrent la formule de supervision de stage du Québec, mais précisent que le nombre de six étudiantes par monitrice est trop élevé :

Mais toi, tu as besoin vraiment de quelqu'un qui va te guider et tout ça. Par exemple, notre prof a déjà six personnes dans le groupe, il ne peut pas être avec chacune, être avec tout le monde. Il est là, mais il ne peut pas être là tout le temps avec toi pour te montrer des choses. Donc tu es sensée connaître beaucoup de choses. (Participant 2)

Et pourtant, l'appréciation de l'encadrement clinique au sein de la formation CWA.0B pose parfois problème, selon plusieurs participantes. En effet, si les cours théoriques sont généralement appréciés, les participantes de l'étude se montrent un peu

plus critiques des stages en milieu clinique. Les stages génèrent beaucoup d'anxiété chez la majorité des participantes, entre autres parce qu'elles ne connaissent pas bien les attentes des enseignantes (deuxième indicateur) :

Mais pour les stages, c'est l'inconnu : le prof, le milieu, la population... Dans de nombreux stages, il y a 50 % d'échecs. Vis-à-vis de la professeure, de l'encadrant, on se sait pas à quoi s'attendre. Je me fie à ce qui est une bonne infirmière chez moi, mais ici, est-ce que c'est différent? Est-ce qu'on s'attend à la même pratique ici que là-bas? (Participante 13)

Deux participantes confient que ne sachant pas ce qu'on attend d'elles, elles n'osent pas demander de l'aide de crainte d'être évaluées négativement. Ainsi, une participante confie :

En me mettant le premier point « là j'attends de vous d'être une vraie infirmière » je suis bloquée! Je n'aurai même pas le courage de vous dire « je ne sais pas faire ça, je ne sais pas faire ça » J'oserai plus! Je ne peux pas vous dire « Écoutez, j'ai des problèmes dans telle chose ou telle chose, j'aimerais bien maîtriser cette chose ou cette chose » parce que vous allez me juger. C'est pour ça que je vous dis, tout le problème pour moi c'est le stage, parce que pourquoi dans le stage on se sent comme si on est pénalisées dès le premier jour? Comme si on dirait que... vous êtes en train de nous sélectionner, de nous évaluer. (Participante 11)

Une participante se questionne ainsi sur le sens du terme intégration. Selon elle, les monitrices sont davantage occupées à évaluer les participantes, alors qu'elle préférerait qu'on l'accompagne d'abord dans son cheminement pour s'intégrer au système de santé québécois. Elle rappelle l'importance de se sentir en confiance durant cette période charnière de leur vie :

Tu es là et tu trembles. Non. Ça ne doit pas être comme ça! L'encadrant et le milieu de travail des infirmières, l'infirmière chef, je dois sentir que tout le monde est là pour m'aider. Parce que au mot intégration, ça veut dire que moi je vais essayer de t'intégrer, c'est ça que je veux dire par intégration, ce n'est pas que je suis... je suis là pour voir si tu peux être une infirmière ou pas! Non! (Participante 11)

Le tiers des participantes se sent ainsi évalué dès les premières journées de stage, alors qu'elles apprécieraient un certain temps d'adaptation au nouveau milieu (troisième

indicateur) période pendant laquelle aucune question ne serait mal jugée et où il serait même possible de faire quelques erreurs :

Si on donne un peu plus de temps pour le stage, parce qu'ici on va en stage, on est évaluées. Si on nous donnait un peu d'espace pour aller pratiquer, mais sans être évaluées. On ne veut pas avoir de stress. On va direct au stage. C'est vrai que l'enseignant montre comment faire et tout ça... mais avec le stress que tu as, tu te dis si je ne réussis pas à faire ça, je vais échouer. Toujours on est stressées. S'il y a une possibilité de faire un stage d'orientation...quelque chose pour ne pas commencer avec des stages d'évaluation. (Participant 7)

Certaines rappellent ainsi que s'intégrer demande du temps, alors qu'une participante déplore qu'on attende d'elles qu'elles soient de « vraies infirmières » dès le début du deuxième stage :

Déjà dans le premier stage, on nous dit, attention, là on peut vous excuser si vous ne savez pas quelque chose, mais dans le deuxième stage, on attend de vous d'être des infirmières. Vous devez être des infirmières. Et là, on est sur le point d'aller en stage, dans quatre-cinq jours, j'ai la sensation que tout le monde se dit, hé! On ne va pas vous excuser, vous devez être, vous allez être comme une infirmière dans le stage. (Participant 11)

Des monitrices manquant d'expérience (quatrième indicateur) ne comprendraient pas toujours ce besoin de temps pour s'intégrer, selon cinq participantes. L'une d'elles explique : « Pas tous les professeurs comprennent que c'est un environnement différent pour nous. On a besoin de temps pour comprendre, il nous faut du temps. Donc, certains sont très exigeants. » (Participant 16). Des participantes cherchent à expliquer les manquements dans la supervision de stage en partie par le manque de pédagogie de certaines enseignantes :

Y a des profs qui ne l'ont pas... Ils ont la qualification, mais ils ne l'ont pas. Ils n'ont pas eu de cours de pédagogie pour apprendre comment s'exprimer avec les étudiantes. C'est peut-être de très bonnes infirmières, mais si on ne peut pas passer ses connaissances, durant le stage, on manque de pédagogie. (Participant 16)

Ou, comme ajoute une autre participante, par le stress que vivent également les monitrices : « On ne sait pas si c'est bien ce qu'on fait ou pas. Elles sont très stressées, je

pense, les profs de stage. C'est une expérience, je ne veux pas généraliser. Très, très stressées parce qu'elles sont responsables. » (Participante 9)

Une participante observe que la discrimination vécue par sa monitrice immigrante qu'elle considère mal intégrée au Québec influence sa propre expérience du stage :

Pourquoi les étudiantes québécoises n'ont pas ce problème-là? Pourquoi les infirmières immigrantes ont ce problème avec les encadrantes? Elles (les encadrantes issues de l'immigration) ne se souviennent pas de leur propre expérience? La première chose dont elles s'occupent, c'est comment les autres vont la voir. Déjà, elles ne l'aiment pas. C'est peut-être de la discrimination, je ne sais pas. Si je regarde du côté des étudiantes, c'est juste un conflit entre les infirmières, mais ça a un énorme impact sur leur apprentissage en stage. (Participante 11)

Une participante note qu'elle ne reçoit pas d'encouragements durant les stages, et une autre aimerait que ses monitrices soient plus compréhensives et offrent plus de soutien :

Pour cette recherche-là, je voudrais souligner simplement le fait qu'il faut encourager. Encourager les immigrants qui viennent ici. Il faut les soutenir. Si tu n'as pas confiance, ou si tu lui parles comme à un adulte, tu le considères comme un adulte, ça va marcher. Même si tu n'as pas d'expérience. Tu as des connaissances. Sinon, tu ne serais pas là, tu ne ferais pas la formation. Si tu n'as pas d'expérience : OK. On va t'apprendre à faire ça, ça, ça. Oui. Mais il faut que tu me montres ta volonté aussi, que tu aimes que j'apprenne. Ce n'est pas comme... si tu n'es pas là. (Participante 18)

Des attentes qui ne sont pas claires et des enseignantes peu compréhensives peuvent conduire certaines participantes à considérer les évaluations des monitrices de stage injustes. Certaines considèrent avoir été victimes de discrimination et d'injustice (cinquième indicateur) :

Si tu as de bonnes notes durant le programme, et que tu ne fais pas de faute grave durant le stage, tu ne devrais pas couler. Je ne le prends pas. Ça devrait pas arriver, au Québec ce n'est pas normal que ça arrive, vous ne trouvez-pas? (Participante 9)

Des participantes témoignent de situations d'injustice ou de discrimination vécues, surtout durant la période des stages :

Je me demande, si c'est parce qu'on est des immigrants qu'on nous traite comme ça? Mais ça porte à interprétation, est-ce que c'est parce que je suis immigrante ou c'est comme ça avec les infirmières québécoises aussi? Ce n'est pas simple. (Participante 15)

En stage, on peut aussi se sentir moins bien accueillie que les étudiantes du régulier :

Mais moi ce que je n'ai pas aimé dans les stages c'est que... Parfois... J'ai l'impression qu'on n'accepte pas, quand on arrive dans le service, les autres infirmières qui sont là sont un peu... Vous voyez... On n'accepte pas... Les stages surtout c'est avec les immigrants, vous voyez. (Participante 12)

Quelques participantes considèrent devoir se justifier davantage et être évaluées plus sévèrement parce qu'elles sont immigrantes :

Parce que, ils disent ça surtout pour les immigrants et tout ça. Quand tu es immigrant le fait de devoir faire toujours plus, plus, plus d'efforts par rapport aux autres pour juste montrer tes capacités... Le fait de toujours, tu te sens toujours évaluée par quelqu'un, tu te sens toujours observée par quelqu'un vu que tu es étrangère. (Participante 2)

Une participante cherche quant à elle à relativiser les propos de ses collègues quant à l'injustice des enseignantes :

Bon. Parfois si on n'a pas la note voulue on ne doit pas incriminer d'abord le professeur. Il faut voir vraiment comment on a abordé la chose pour voir si on a bien abordé ça. Moi je n'avais aucun problème là-dessus. Pour les stages aussi, j'ai réussi mon stage, il y a des gens qui se plaignent quand ils ne réussissent pas; puis c'est le prof. Mais parfois il faut voir est-ce qu'on répond aux critères. (Participante 12).

Trois participantes qualifient d'humiliante leur expérience des stages. L'une d'elles confie : « Le stage, c'est pas facile. On est souvent humiliées, on nous considère des fois comme des enfants. C'est pas facile parce qu'on a un certain âge et on n'a pas l'habitude d'être traitées de cette façon. » (Participante 9). Malgré tout, les étudiantes n'osent pas toujours dénoncer les comportements inadmissibles :

Mais on a peur de s'exprimer, on a peur d'être en échec, on a peur de parler sur les choses qui se passent. Mais quand les autres racontent les choses qui

se passent durant les stages, ce n'est pas normal, il faut le dire.  
(Participante 16)

Certaines y parviennent :

Il ne faut pas se sentir constamment dans la peur. En stage, j'ai une collègue qui a subi des menaces, des insultes de son enseignante. Son enseignante lui a dit, si tu portes plainte contre moi, tu n'auras pas d'avenir dans la profession. Je l'ai encouragée à ne pas abandonner et à en parler avec la prof, et ça s'est réglé. Elle m'a ensuite remerciée. (Participante 15)

Cette participante dit ne pas connaître les ressources auxquelles se référer si elle est victimisée à son tour :

Dans quelle mesure, aussi, on peut aider les étudiantes de l'immigration à avoir les ressources, les recours, si elles se sentent opprimées? Pour que les enseignants n'abusent pas d'elles. Il arrive, pas tous, mais ça arrive.... Si on pouvait avoir des ressources si on est victime. Il n'y en a pas que je sache... On aimerait avoir des recours, en-dehors du cégep, de la formation, par exemple, si je me sens bafouée, insultée, sans passer par les enseignants. (Participante 15)

Comme piste de solution une participante propose d'offrir une évaluation anonyme de l'enseignement aux étudiantes.

### **Émergence des résultats reliés à l'objectif 3 : Décrire l'influence de l'entourage social et environnemental sur l'expérience des infirmières DHQ ayant complété la formation d'intégration professionnelle obligatoire au collégial**

Le troisième objectif spécifique de notre recherche consistait à décrire l'influence de l'entourage social et environnemental sur l'expérience des infirmières DHQ ayant complété la formation d'intégration professionnelle obligatoire au collégial.

Tableau 6

*Émergence du thème, sous-thèmes et indicateurs reliés à l'objectif 3*

Thème	Sous-thèmes	Indicateurs
Influence du contexte socioculturel sur l'expérience de la formation	Appréciation des différences culturelles entre le Québec et le pays d'origine	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conflits entre les valeurs québécoises et les valeurs des participantes</li> <li>- Rôle plus autonome de l'infirmière au Québec</li> <li>- Rôle plus autonome du patient et de sa famille</li> <li>- Adaptation au matériel et aux pratiques de soins du Québec</li> </ul>
	Défis et stratégies de la conciliation entre les études, la famille et le travail	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relation avec la famille proche</li> <li>- Relation avec la famille éloignée</li> <li>- Préoccupations financières</li> </ul>

Le troisième thème, soit l'influence du contexte socioculturel sur l'expérience de la formation, se compose de deux sous-thèmes, soit l'appréciation des différences culturelles entre le Québec et le pays d'origine, et les défis et stratégies liées à la conciliation entre les études, la famille et le travail.

***Sous-thème 3.1 : Appréciation des différences culturelles entre le Québec et le pays d'origine***

Les participantes identifient des différences culturelles entre la culture québécoise dans son ensemble et leur culture d'origine. Elles notent également des différences entre les cultures professionnelles du milieu de la santé québécois et les milieux de la santé au sein desquels elles pratiquaient antérieurement. Ces différences culturelles peuvent parfois entrer en conflit (premier indicateur) et générer une certaine ambivalence chez les participantes.

Au plan des différences culturelles entre le Québec et le pays d'origine, quelques participantes remarquent un plus grand individualisme au Québec et une notion du temps différente. Ces deux particularités culturelles nécessitent une courte période d'adaptation de la part des participantes. Par exemple, une participante décrit sa solitude après avoir découvert au Québec des rapports différents entre les personnes, même avec les proches :



Je trouve que les relations qu'on a au Maroc, c'est différent. Je croyais que le fait d'avoir mon beau-frère ici, ça va être comme mon frère. Mais les visites ici, ça se fait par téléphone, il faut prendre un rendez-vous pour aller le voir, ce n'est pas comme chez nous où tu peux juste aller cogner à la porte et tu es toujours la bienvenue. Tout le monde travaille, tout le monde court, c'est différent. Il y a une distance, oui, il y a une distance qui est montée aussi par le rythme de vie. [...] Donc ce n'est pas facile. C'est frustrant. [...] Le fait de venir ici, de rester toute seule, de se trouver que tu es responsable de toi-même... Il ne faut pas s'attendre à ce que les autres, ils vont t'aider. (Participant 2)

Malgré les différences de culture rencontrées, les participantes rappellent l'importance pour elles de s'intégrer à la société québécoise. La plupart des participantes sont en effet venues au Québec dans l'intention de s'y établir :

Pour moi, je ne suis pas immigrante. Parce que là je vis maintenant ici, je suis devenue Québécoise. J'aime la culture, j'aime les gens, j'aime les habitudes, j'entre dans des groupes de Québécois. J'aime savoir comment ils pensent, comment... J'ai des amies québécoises aussi. (Participant 18)

Une autre participante considère que la formation retarde momentanément son intégration à la société d'accueil : « Mais avant, j'aimerais connaître la population canadienne, je n'ai pas eu beaucoup de contact avec elle depuis mon arrivée. Avec la formation, on n'a pas le temps, c'est très exigeant. » (Participant 13)

Malgré la grande diversité des expériences professionnelles de plusieurs participantes, la majorité d'entre elles observe aussi des différences notables entre la pratique des soins infirmiers au Québec et ce qu'elles ont connu. La première différence relevée concerne le rôle infirmier en soi. Pour les deux tiers des participantes, le rôle infirmier au Québec est en effet différent de ce qu'elles ont connu parce qu'il favorise beaucoup plus l'autonomie de l'infirmière (deuxième indicateur) :

L'infirmière n'a pas la place qu'elle a ici. Elle a une grosse place, ici, elle a son mot à dire, elle évalue. C'est riche. Chez nous, on fait ce que le docteur nous dit, pas grand-chose donc... On n'a pas notre place. (Participant 16)

Une seule participante considère qu'elle avait davantage d'autonomie dans son pays de pratique antérieur :

En fait, je me rends compte que... C'est vrai que l'infirmière ici n'a pas d'autonomie autant que chez nous. Pas autant que dans mon pays d'origine. Parce que nous, on avait la possibilité de faire beaucoup de choses, parce qu'il n'y a pas beaucoup de médecins. Par exemple, dans un hôpital de campagne, c'est l'infirmier qui est comme médecin. Qui fait tout. (Participante 14)

Sept participantes déclarent apprécier cette nouvelle autonomie. Certaines remarquent qu'elles évaluent davantage, ou apprécient de pouvoir enfin parler d'égal à égal avec le médecin et les autres professionnels de la santé :

Là-bas, on pouvait discuter avec les médecins, [...] mais le médecin reste supérieur. Mais ici, c'est égal à égal. Là-bas, le médecin nous infériorise. [...] C'est des snobs. Ils te font sentir inférieure. Et entre ça, il y a un patient. On devrait voir au patient. Il y a des médecins respectueux aussi. Mais ici, j'ai vu des interventions qui m'ont fait plaisir, des infirmières qui donnent leur avis, qui disaient ce qu'elles pensaient, peu importe la réaction du médecin. Il y a un certains leadership des infirmières, ça fait plaisir. C'est stimulant. (Participante 10)

Par contre, deux participantes mentionnent trouver les nouvelles responsabilités liées à leur autonomie difficiles à intégrer rapidement :

On s'est retrouvé dans autre chose. L'infirmière qui fait l'évaluation, pour nous, ce sont des tâches que le médecin intègre. Pour l'évaluation, pour tout, ça, c'est le médecin qui le fait. [...] D'un jour à l'autre, on s'est trouvé... ici, c'est tout à fait le contraire. C'est pour cela que j'ai dit tout à l'heure que j'ai trouvé la formation un peu dure, parce que c'est tout à fait le contraire. (Participante 8)

La deuxième différence dans la culture des soins soulevée par les participantes concerne les rôles attribués au patient et à sa famille (troisième indicateur). Des participantes apprécient que la famille soit davantage incluse dans les soins au patient. L'une d'elles explique : « L'approche est différente. Ici, on met plus l'accent sur la famille. Il faut impliquer la famille, on pense beaucoup à la famille, c'était nouveau ça pour moi. Je trouve ça plus positif. » (Participante 1)

Des différences de pratiques sont également notées en ce qui a trait aux cadres éthiques et légaux de la profession infirmière au Québec. Ainsi, des participantes

discutent des droits des patients qui sont différents de ce qu'elles connaissaient dans leur pays de pratique antérieure. Par exemple, au Québec, les patients s'attendent à être informés de leur état de santé et à participer activement aux décisions les concernant :

Par exemple, chez nous, un patient qui a le cancer, ce n'est pas lui qui décide sa fin. C'est-à-dire, ce n'est pas lui qui est roi de la fin de sa vie. Mais ici c'est comme ça. C'est lui qui choisit tout. Il dit je ne veux pas ça, je veux ça... Ça c'est vraiment, vraiment, c'est quelque chose ici de très différent. Mais chez nous, le patient suit les ordres du médecin. (Participante 4)

Quelques participantes remarquent que cette autonomie transforme le rapport entre l'infirmière et le patient en quelque chose de différent pour elle :

Tu lui donnes des ordres : tu vas faire ça, ça, ça. On ne trouve pas toujours le patient qui a ce pouvoir. Une fois qu'il est malade, celui qui a le plus de pouvoir, c'est l'infirmier ou le médecin. Mais ici, non. On voit qu'ici il faut respecter toujours le client. C'est un partenariat entre l'infirmière et le client. Le client il est toujours là, il est impliqué, lui et sa famille. Chez nous, non. Il y avait l'infirmière qui pouvait prendre la décision à la place du patient. Ici non, vu que c'est un pays de liberté. C'est différent. (Participante 2)

Une plus grande autonomie du patient signifie qu'il a le droit de connaître son état de santé et comprendre les soins qu'il reçoit afin de prendre des décisions éclairées quant au plan de traitement souhaité. La part importante de l'enseignement dans les soins qui en découle est une autre différence soulevée par trois participantes :

Oui, il y a des différences quand même, ici on se base beaucoup sur l'enseignement du patient. Avec le consentement du patient, il faut lui expliquer les procédures. Par contre, chez nous, tu donnes un médicament et tu ne vas pas lui expliquer qu'est-ce qu'il va avoir comme effets secondaires, donc ce n'est pas la même chose. (Participante 7)

Une plus grande liberté de la personne à choisir pour elle-même pourrait conduire à des questionnements au plan éthique pour les participantes, par exemple, lorsque la personne décide de cesser ses traitements et opter pour les soins palliatifs. Une participante a été confrontée à une telle situation. Bien qu'elle note les différences de valeurs entre le Québec et sa culture d'origine, elle soutient ne pas avoir vécu de dilemme éthique et endosser les valeurs québécoises :

J'ai passé par là, avec une patiente. C'est elle qui a tout décidé. Elle a tout arrêté. À l'hôpital où je travaillais. Je trouve ça vraiment... Chapeau bas, parce que c'est elle qui prend la décision de mettre fin à sa vie. (Participant 4)

Une dernière différence notable entre les cultures de soin des pays de pratique antérieure et le milieu de la santé québécois se retrouve au niveau des procédures de soin et du matériel de soin employés (quatrième indicateur). Par exemple, on note une plus grande attention à l'asepsie dans la pratique québécoise :

C'est plus les techniques qui sont différentes, par exemple, l'asepsie est beaucoup plus importante ici que chez nous. Des immigrantes vont échouer au niveau de l'asepsie, parce qu'ici, c'est très strict. Ils ne suivront pas bien la marche à suivre et vont contaminer. (Participant 17)

Plusieurs notent des différences au plan du matériel de soin et de la technologie :

Ici, c'est très différent de notre pays. La pratique est très différente. C'est deux mondes. Par exemple, les *bladders scans*, je n'en avais jamais entendu parler. La manipulation en soi, ce n'est pas un problème, mais si t'en as jamais entendu parler! (Participant 15)

Quelques participantes comparent les ressources disponibles dans leur pays et celles du système de santé québécois. Deux d'entre elles observent ce qu'elles considèrent un gaspillage de matériel au Québec.

Au plan des procédures et en lien étroit avec l'autonomie accrue dans le rôle de l'infirmière québécoise, certaines notent la nécessité de documenter leurs décisions et actes infirmiers au Québec, ce qu'une participante critique d'ailleurs :

Ici, c'est différent, il y a plus de papier, il y a beaucoup de paperasse, il faut écrire, écrire, donc ça laisse pas assez de temps pour les patients, car les infirmières sont plus dans les dossiers, les formulaires, par exemple pour le diabète, les cathéters, les analgésiques... (Participant 10)

Toutes ces différences de pratique peuvent nécessiter des efforts d'adaptation de la part de certaines participantes :

Ce n'est pas toujours évident. Au début, c'était très difficile d'oublier tout ce qu'on avait fait et il faut vraiment recommencer, tout oublier comment on faisait chez nous. Ça, ce n'est pas évident. Ça revient tout le temps. Même à l'hôpital, ça revient. (Participante 9)

### ***Sous-thème 3.2 : Défis et stratégies de conciliation entre les études, la famille et le travail***

Le deuxième sous-thème relève les défis et stratégies de conciliation entre les études, la famille et le travail que peuvent avoir expérimentés les participantes au cours de la formation CWA.0B.

Au plan de la famille proche et des relations avec celle-ci (premier indicateur), on observe d'abord que la majorité des participantes est en couple. Le conjoint est également aux études pendant qu'elles terminent la formation, travaille ou est sans emploi. Selon certaines participantes, l'aide et le soutien du conjoint, tout au long du processus d'intégration, facilitent grandement leur expérience de la formation. Pour quelques-unes, cette aide est présente, autant par les encouragements de la part du conjoint que l'aide qu'elles reçoivent au plan du partage des responsabilités familiales. Une seule participante se plaint de ne pas avoir reçu autant d'aide qu'elle l'aurait désiré : « Oui, ça doit être difficile. Oui. Surtout... Moi, j'ai un mari qui est un peu... Paresseux! Oui, toujours, quand je rentre je dois préparer à manger. Ce n'est pas toujours fait... Chaque fois, tu dois préparer des choses. » (Participante 2).

Si l'intégration au Québec est éprouvante pour les parents, les enfants, de leur côté, s'adaptent particulièrement bien à leur nouveau pays. Une participante nous partage son étonnement quant à la capacité d'adaptation de ses enfants : « Pour les enfants, y a pas de problèmes. Pas de soucis, ce n'est presque pas normal! » (Participante 16).

Les enfants s'intègrent rapidement au milieu québécois, mais les responsabilités familiales demeurent importantes. De plus, trois participantes ont accouché entre le moment de leur arrivée au Québec et le début de la formation. On devine combien la famille est une valeur centrale pour les participantes par l'importance qu'elle occupe dans leurs discours. Or, la conciliation étude-famille, et parfois étude-famille-travail, n'est pas toujours facile durant les mois que dure la formation :

J'ai commencé (la formation) mais j'avais toujours des rendez-vous à Sainte-Justine avec mon fils malade. Quand il allait mieux, il y avait des prescriptions à suivre. J'ai commencé le cours quand même, mais j'étais touchée par ce qui m'arrivait. Puis un jour, mon mari avait un test, et moi j'étais en cours pour un test aussi, et l'enfant s'est retrouvé seul pour un rendez-vous médical. Ça m'a touchée. Et puis, mon mari l'a rejoint, mais ça ne m'a pas sécurisée. (Participante 3)

Certaines, ainsi, regrettent de ne pas avoir été à la hauteur de leur rôle maternel pendant le programme d'intégration :

On étudie à temps plein. Mais [...] on a la maison, les enfants aussi. Tu ne peux pas le nier. [...] Et c'est différent la maman et le papa. Il fait beaucoup de choses, mais ce n'est pas comme la maman. Donc on sacrifie. Moi, quand j'ai commencé la formation, j'avais un bébé de 13 mois. Il était tout petit. Il commençait juste à me reconnaître. Je sors très tôt de la maison à sept heures. Je rentre à sept heures parce que je reste à la bibliothèque pour étudier. Et il a carrément oublié de m'appeler maman. Il ne m'appelle plus. Ça, c'est ça le plus grand sacrifice que j'ai fait. (Participante 7)

Les participantes discutent également de leurs rapports avec la famille restée au pays (deuxième indicateur). Plusieurs participantes se disent appuyées par leur famille, soit dès le début de leur mention de retourner aux études, ou rapidement, après une première période d'incompréhension. Par exemple, pour donner un coup de main et faciliter la conciliation études et famille durant la formation, les mères de deux participantes les ont rejointes pour quelques mois au Québec. À l'inverse, les familles de quelques participantes ne comprennent pas toujours les raisons de l'immigration et du retour aux études :

Pour mes parents, ce n'était pas facile. Je veux retourner aux études. Je travaillais déjà, ça fait huit ans. Pourquoi tu vas retourner? Là-bas, le diplôme n'est pas reconnu, les gens ils ne comprennent pas, comment ça, comment tu vas faire ? Tu vas retourner, tu vas laisser tout ça, mais tu as déjà un très bon poste ici. Tu as beaucoup avancé... Ce n'était pas admissible, chez eux. (Participante 8)

Près de la moitié des participantes confie que leur famille leur manque cruellement, ce qui rend leur expérience de la formation plus difficile :

J'aimerais retourner chez moi, mais pour le moment, je ne peux pas encore. Ça fait déjà plus de deux ans que je ne suis pas retournée en Roumanie. Ça fera trois ans après que j'aurai passé l'examen. Trois ans loin de chez soi, ce n'est pas facile. Je ne suis pas habituée de ne pas voir ma famille aussi longtemps, avant quelques années [...]. Je commence à le sentir. Ça touche mon affectivité. Ça ne se voit pas, mais c'est quelque chose de personnel, d'intérieur. Ça ronge, c'est ce que je trouve de plus dur. (Participante 1)

Quelques participantes supportent financièrement la famille restée au pays, une situation qui génère un stress supplémentaire :

Parce que j'étais la pièce maîtresse de ma famille. En Afrique, quand il y en a pour un, il y en a pour trente. C'est un peu ça. Donc je payais l'école de tout le monde, je m'occupais de tout le monde... Ce n'est pas facile. Parce que même étant ici il faut également que je m'en occupe. Parce que si je ne le fais pas, ils n'ont pas une autre possibilité de subsistance. Ce n'est pas facile. Je suis obligée d'envoyer un peu d'argent au pays. (Participante 14)

Une situation d'autant plus délicate que l'un des principaux éléments anxiogènes vécu en dehors de la formation, mais qui influence l'expérience de celle-ci, demeure les difficultés financières rencontrées (troisième indicateur). Les deux tiers des participantes et leur famille vivent des difficultés financières depuis leur arrivée au Québec :

Ce qui est plus difficile, c'est le niveau de vie plus élevé ici. Donc, c'est normal ici que tout semble plus cher, mais après trois mois, nous avons commencé à recevoir de l'aide sociale. Pour subvenir à nos besoins entre temps, nous sommes arrivés avec un montant, mais nous avons tout gaspillé dans les premiers mois. On ne se rend pas compte. (Participante 13)

La formation est financée par Emploi Québec. Près de la moitié des participantes mentionne avoir apprécié cette aide financière offerte par les instances gouvernementales :

Et ça aide beaucoup le fait que ce soit pris en charge par Emploi Québec. C'est-à-dire qu'on a une subvention. On ne travaille pas mais on a une aide du gouvernement, c'est-à-dire que nos études sont payées, et puis l'uniforme qu'on a à l'hôpital c'est donné par Emploi-Québec, les livres... Ils nous ont prêté des livres... (Participante 5)

Une seule participante mentionne avoir rencontré des difficultés avec Emploi Québec pour que soient remboursées ses dépenses liées à la formation.

Malgré les difficultés financières, travailler en même temps que la formation semble un défi difficile, voire impossible à relever pour plusieurs participantes. L'une d'entre elles confie : « Impossible, même les week-ends, on étudie, donc j'aurais bien aimé, mais... ce n'est pas possible. Lundi au vendredi, samedi, dimanche, vous avez les études, c'est impossible. » (Participante 8).

La récupération du titre d'infirmière se révèle donc un enjeu de première importance pour les participantes. Comme le décrit l'une d'entre elles, travailler à nouveau comme infirmière signifie la réussite complète de son intégration au Québec :

Si je me compare à mon mari, je trouve que lui, il s'est bien intégré ici. Plus vite que moi. Moi, j'ai pris beaucoup de temps. Jusqu'à aujourd'hui, je ne peux pas dire que je me suis bien intégrée. Parce que sans avoir un emploi, le fait de toujours être aux études... Je suis toujours en train d'être évaluée. Je ne peux pas parler vraiment d'une vraie intégration. L'intégration pour moi, c'est d'avoir un poste ici. D'être reconnue par l'Ordre, de travailler. (Participante 2)

La réussite du programme d'intégration professionnelle et de l'examen de l'Ordre auquel il est sensé les préparer est d'autant plus important qu'elles considèrent avoir coupé les ponts avec leurs milieux de pratique antérieurs et ne considèrent pas envisageable d'y retourner :

Écoutez, c'est un grand défi, hein! Nous, quand on a immigré, je travaillais depuis onze ans. J'ai tout laissé! Donc pour retourner au Maroc, c'est impossible de retrouver mon poste, impossible de retrouver mon ancienneté. Y a plein de choses que vous laissez tomber d'un seul coup. Donc c'est un grand défi. Ou bien vous réussissez ou bien vous perdez tout. Ce n'est pas comme au Québec, là. Le retour, c'est fini, hein! (Participante 11)

Pour certaines participantes qui se décrivent comme ayant toujours aimé donner, soigner, leur identité professionnelle d'infirmière est étroitement liée à leur identité personnelle. D'autres sont venues au Québec spécifiquement pour les opportunités de carrière alléchantes. Toutes s'imaginent mal recommencer dans un autre domaine et attendent avec impatience le moment de pouvoir pratiquer à nouveau dans le métier qu'elles ont choisi et qu'elles aiment :



Je n'ai pas arrêté, pour être infirmière ici. C'est mon métier, c'est ma stabilité. Je ne peux pas faire autre chose. J'aime mon métier. Bon, je pourrais faire autre chose si ça ne marche pas, je peux faire autre chose. Mais je suis venue comme infirmière, comme immigrante qualifiée. Je ne veux pas dévier de mon rêve. (Participant 10)

En résumé, l'analyse des résultats aura permis d'identifier trois principaux thèmes reflétant l'expérience des infirmières complétant la formation CWA.0B « Intégration à la profession infirmière au Québec ». Le premier thème démontre l'influence sur cette expérience de différents aspects de l'histoire de vie des participantes. Il s'agit d'éléments propres au parcours pré-migratoire de chacune d'entre elles (les caractéristiques sociodémographiques, le niveau de maîtrise du français, la formation et l'expérience professionnelle antérieure) auxquels s'ajoutent l'influence des difficultés particulières rencontrées durant le parcours migratoire (obstacles lors de l'immigration et lors de la reconnaissance des acquis, délais imprévus, ainsi que les obstacles liés au manque d'information sur le programme) et les stratégies employées par les participantes pour surmonter ces difficultés.

Le deuxième thème décrit l'expérience de la formation par les participantes. La formation demeure, dans son ensemble, appréciée par celles-ci. La majorité d'entre elles la considère utile mais dense. Elles trouvent le contenu théorique pertinent, les enseignantes compétentes et les méthodes pédagogiques stimulantes. Par contre, certaines identifient un manque de ressources et d'encadrement. Au plan des stages, des difficultés particulières sont soulevées par plusieurs participantes, d'autant plus que ce type d'encadrement en milieu clinique est différent de ce qu'elles ont connu par le passé. Des participantes rappellent l'importance d'un temps d'intégration avant d'être évaluées. Selon certaines, les attentes ne sont pas assez précises et les monitrices manquent d'expérience. Enfin, certaines disent avoir été victimes de discrimination durant les stages.

Le troisième thème décrit l'influence du contexte socioculturel sur l'expérience de la formation. Les participantes remarquent des différences entre la culture québécoise et celle de leur pays d'origine, ce qui parfois (mais rarement) conduit à des conflits de valeurs. Ces différences se retrouvent particulièrement au plan des rôles plus autonomes

de l'infirmière et du patient et du matériel et des pratiques de soins différentes. Les difficultés financières et la conciliation étude, famille et parfois travail constituent d'autres défis que doivent relever les participantes si elles désirent compléter avec succès la formation. Enfin, l'expérience de la formation est influencée et influence les relations avec les parents proches (conjoint, enfants et autres parents au Québec) et la famille éloignée (hors du pays).

## **5. Discussion**

La discussion des résultats de l'étude compose le dernier chapitre du mémoire. Ce chapitre est divisé en trois parties. La première partie compare les résultats saillants et significatifs de l'étude aux résultats des recherches similaires recensées. La deuxième partie discute des résultats les plus novateurs de l'étude. La dernière partie de la discussion expose les forces et les limites de l'étude, de même que les retombées anticipées pour deux domaines de pratique infirmière, soit l'enseignement et la recherche.

Rappelons que chacun des trois thèmes identifiés dans l'étude répond à un objectif spécifique de la recherche. Ces thèmes sont l'influence de l'histoire de vie sur l'expérience de la formation, l'appréciation de la formation et l'influence du contexte socioculturel sur l'expérience de la formation. Ces trois thèmes combinés dressent un portrait de l'expérience des infirmières et sages-femmes immigrantes interrogées alors qu'elles complétaient le programme collégial « Intégration à la profession infirmière du Québec » CWA.0B. Ces trois thèmes recouvrent l'ensemble des pôles de la dynamique structurante de Collière (2001) à explorer et à relier si on espère comprendre dans toute sa complexité l'expérience d'une personne donnée face à un événement précis.

### **Résultats saillants de l'étude**

Le premier thème explorait l'influence de l'histoire de vie sur l'expérience de la formation. Ce thème se divise en deux sous-thèmes, soit l'impact du parcours prémigratoire sur l'expérience de la formation, et les difficultés rencontrées au cours du processus d'immigration ainsi que les stratégies employées pour les surmonter.

Le premier sous-thème, c'est-à-dire l'impact du parcours prémigratoire sur l'expérience d'intégration des participantes, sera discuté plus en détail dans la deuxième partie de la discussion, parmi les résultats novateurs de l'étude. Nous discuterons ici des résultats du deuxième sous-thème, soit les difficultés rencontrées au cours du processus d'immigration et les stratégies employées pour les surmonter. Ces résultats que nous présenterons ici se trouvent corroborés par plusieurs résultats convergents de la littérature scientifique explorant l'expérience d'intégration d'infirmières immigrantes.

Le processus d'immigration, tel qu'il a été circonscrit dans notre recherche, s'échelonnent depuis la prise de décision d'immigrer jusqu'à l'admission au programme CWA.0B. La décision d'immigrer est influencée par les facteurs *push* qui poussent les infirmières à quitter leur pays d'origine, et des facteurs *pull* qui les incitent à s'installer au Québec dans l'espoir d'une vie meilleure. La majorité des participantes de notre étude sont originaires du Maghreb, d'Haïti, et d'Afrique subsaharienne et nos résultats rejoignent donc ceux des études existantes décrivant le trajet migratoire des professionnels de la santé des pays en développement vers des pays plus fortunés. La grande majorité de nos participantes confiait d'ailleurs avoir immigrée dans l'espoir de meilleures conditions de vie aux plans personnel et professionnel, autant pour elles que pour leur famille.

L'immigration est l'un des principaux passages que peut vivre un individu au cours de son existence, et Collière rappelle l'importance de mieux comprendre « comment se déroulent ces grands passages de la vie et ce qui caractérise leur déroulement » (2001, p. 176) afin de mieux aider les personnes qui les traversent. La majorité des participantes de notre étude raconte avoir rencontré divers obstacles et difficultés lors du processus d'immigration. Un manque d'information pertinente ou nécessaire à une bonne intégration au Québec et au système de santé québécois se trouve être la source de plusieurs de ces difficultés. Ce manque d'information n'est pas un problème propre au Québec. En effet, avant même d'avoir émigré, les participantes des études de Jose (2011), de Matiti et Taylor (2005) et d'Omeri et Atkins (2002), accusent un manque d'information cruciale sur les conditions de vie au pays hôte et sur l'emploi qu'elles vont occuper. Ce problème est aussi présent dans le reste du Canada (Higgingbottom, 2011). Ce manque d'information peut conduire à de mauvaises surprises une fois arrivée au pays. Par exemple, des participantes sont étonnées d'apprendre qu'elles devront compléter diverses évaluations ou formations supplémentaires avant de pouvoir accéder au titre d'infirmière (Higgingbottom). Dans notre étude, quelques participantes découvrent seulement une fois au Québec qu'elles doivent réussir un examen de mathématique, puis une formation de six à neuf mois avant de pouvoir s'inscrire à l'examen d'entrée à la profession de l'OIIQ.

La période nécessaire pour récolter les informations manquantes, puis obtenir la réponse de l'OIIQ, jusqu'à l'admission au programme CWA.0B peut s'échelonner sur plusieurs mois, voire quelques années. Une période d'attente qui est vécue difficilement par certaines participantes, entre autres parce que ces délais résultent en une perte économique importante pour des personnes et des familles déjà en situation financière précaire. Une participante de l'étude d'Omeri et Atkins (2002) exprime quant à elle avoir perdu deux ans de salaire, qu'elle attribue directement à la difficulté d'obtenir les informations nécessaires à sa réintégration professionnelle en temps voulu.

Higgingbottom (2011) décrit comme « naïves » les infirmières immigrantes se disant déçues par les difficultés rencontrées lors de leur immigration au Canada. Selon lui, il s'agit de participantes caressant des attentes prémigratoires irréalistes. Zhou et al. (2010) décrivent également les attentes des participantes de leur étude comme parfois « irréalistes », ce qu'ils expliquent par le fait que ces participantes en sont à leur première expérience migratoire. Par contre, des participantes de notre étude s'étant montrées très critiques face aux obstacles rencontrés lors de leur immigration n'en sont pas à leur première expérience migratoire. Elles comparent ces difficultés à celles vécues ailleurs et décrivent comme plus difficile leur immigration au Québec. Ces résultats appuient les observations de Higgingbottom, qui concède que certaines participantes plus expérimentées dans leur parcours migratoire, en comparant leur immigration à leur expérience antérieure en Arabie Saoudite ou au Royaume-Uni, concluent elles aussi que l'immigration au Canada est plus difficile. Des études supplémentaires seraient nécessaires pour mieux évaluer et comparer les difficultés rencontrées au Québec et au Canada quant aux processus d'intégration des infirmières immigrantes avec les difficultés vécues à l'étranger.

Les participantes de l'étude ne demeurent pas passives face aux difficultés rencontrées. Elles développent des stratégies afin de faciliter et accélérer leur intégration au Québec. Le réseau social semble être un élément déterminant pour faciliter l'expérience d'intégration des infirmières immigrantes, autant pour les participantes de notre étude que pour celles de Higgingbottom (2011) et Jose (2011). Selon Primeau (2014), dont la thèse consiste à analyser les facteurs facilitant ou nuisant à la réussite des

étudiantes inscrites au programme CWA.0B, le fait de migrer seul augmentait jusqu'à cinq fois le risque d'échouer la formation. La solidarité entre immigrants, dont discutent quelques participantes de notre étude, se trouve aussi identifiée comme un facteur facilitant important pour les participantes de l'étude d'Omeri et Atkins (2002), entre autres pour obtenir les informations manquantes nécessaires pour compléter rapidement le processus de reconnaissance des acquis et l'accréditation.

Le deuxième thème « appréciation de la formation » touche le cœur de notre sujet, soit la formation CWA. 0B. Le premier sous-thème, l'appréciation par les participantes de la formation dans son ensemble, sera traité plus en détail dans la deuxième partie du présent chapitre sur les résultats novateurs. Nous présenterons ici le deuxième sous-thème, soit les difficultés liées au manque d'encadrement en milieu clinique.

Selon Collière, un passage est « un événement déterminant dans notre vie qui fera qu'après elle ne sera plus complètement comme avant » (2001, p. 178) La formation CWA.0B est l'évènement central à notre recherche autour duquel s'articule l'expérience des participantes. Toujours selon Collière, un passage est « le franchissement d'une étape, d'un seuil » (p. 179). Elle ajoute qu'« entre deux passages, il y a une étape, en quelque sorte un palier, qui prépare à s'acheminer vers une nouvelle phase » (p. 178). La formation est une étape importante de la vie des participantes. Elle devrait leur permettre de récupérer leur titre d'infirmière et poursuivre leur carrière en sol québécois. Si chaque passage introduit à une nouvelle phase de la vie de la personne, ce passage n'est pas toujours aisé. Il se révèle « une épreuve d'adaptabilité, d'ajustement, parce qu'il nous fait passer de ce que nous connaissons... à ce que nous ne connaissons pas encore, ou que partiellement, et de ce que nous sommes... à ce que nous allons devenir » (p. 179).

La majorité des participantes expriment un manque d'encadrement pendant les stages en milieu clinique, alors que ceux-ci constituent le principal lieu de passage, de transition, entre leur pratique professionnelle antérieure et la pratique infirmière québécoise. Ce manque d'encadrement résulterait, entre autres, d'attentes imprécises et d'un manque d'expérience des monitrices de stage. Il se révèle d'autant plus déstabilisant que les stages au Québec sont très différents de ce que les participantes ont connu par le

passé. Ces difficultés rencontrées par les participantes et liées au manque d'encadrement clinique se trouvent au cœur de leurs préoccupations. Ces constatations correspondent aux résultats d'études nationales et internationales recensées. Ainsi, des participantes de l'étude de Higgingsbottom (2011) se plaignent de n'avoir reçu aucune préparation au nouveau système de santé. Pour d'autres, la formation est trop courte (Jose, 2011). Certaines considèrent avoir été « jetées » dans le système de santé sans préparation adéquate (Alexis & Vydelingum, 2004). À l'instar de ces résultats, les participantes de notre étude exigent plus de temps pour s'adapter convenablement à leur nouvelle pratique professionnelle.

Certaines des participantes de l'étude confient aussi avoir vécu de la discrimination et des injustices, certaines à caractère raciste, durant leurs stages en milieu clinique. Ces résultats corroborent ceux d'autres études recensées (Aboderin, 2007; Alexis et al., 2007; Alexis & Vydelingum, 2004; Daniel et al., 2001 ; Higgingsbottom, 2011; Liou & Cheng, 2011; Matiti & Taylor, 2005; Omeri & Atkins, 2002; Winkelmann-Gleed & Seeley, 2005). Des participantes interrogées par Jose (2011) déplorent de devoir travailler deux fois plus fort pour la même reconnaissance que les infirmières formées au pays, une préoccupation partagée par une participante de la présente étude. Face aux injustices vécues, certaines osent porter plainte. Par contre, certaines participantes interrogées préfèrent ne pas dénoncer par crainte de représailles, à l'instar des résultats obtenus par Aboderin (2007), Alexis et Vydelingum (2004) et Winkelmann-Gleed et Seeley (2005). Il s'agit d'un problème qui mériterait d'être rapidement corrigé afin d'offrir aux infirmières immigrantes un milieu d'apprentissage optimal.

Le troisième thème de notre étude révèle l'influence du contexte socioculturel sur l'expérience de la formation. En effet, le programme « Intégration à la profession infirmière du Québec » ne se déroule pas en vase clos. Le contexte socioculturel et la réalité quotidienne des infirmières en-dehors de la formation débordent nécessairement sur leur expérience de celle-ci. L'approche de Collière (2001) nous permet de resituer cette expérience d'intégration professionnelle des infirmières dans son contexte culturel élargi. Sa dynamique structurante nous aide à mieux saisir les nombreux liens de signification existants entre les différentes dimensions de cette expérience ainsi que les

principaux enjeux vécus par les infirmières durant cette étape cruciale de leur vie. Considérer le contexte culturel élargi signifie encore tenir compte de l'influence des différentes identités et appartenances culturelles sur l'expérience de la formation (identités d'étudiante et d'infirmière, mais aussi de femme, mère, fille, épouse, etc. et appartenances culturelles ethniques, religieuses, etc.) de même que les croyances, valeurs et responsabilités qui en découlent. Ceci permet de mieux appréhender l'expérience de la formation dans toute sa richesse et sa complexité et assurer ainsi une meilleure crédibilité et une plus grande transférabilité des résultats.

Les deux sous-thèmes de ce troisième thème sont l'appréciation des différences culturelles (et conflits potentiels) entre le Québec et le pays d'origine et les défis et stratégies de la conciliation entre les études, la famille et le travail. Les résultats saillants du premier sous-thème sont discutés ici. Les résultats du deuxième sous-thème, plus novateurs, sont abordés plus loin.

Quelques participantes notent des différences culturelles entre le Québec et leur pays d'origine, particulièrement au plan de la notion du temps (le rythme est plus rapide au Québec, et on manque souvent de temps pour les loisirs) et de l'individualisme nord-américain. Des différences culturelles sont également notées dans les études de Jose (2011) et Matiti et Taylor (2005). Les infirmières d'origine chinoise de l'étude de Zhou et al. (2010) tentent, quant à elles, de concilier la culture de leur groupe ethnoculturel avec celle de l'Australie. Par contre, à l'instar des études recensées, les différences culturelles relevées par les participantes se font surtout sentir dans le cadre de l'intégration professionnelle au nouveau milieu de la santé. Heureusement, plusieurs participantes de notre étude n'en étaient pas à leur première expérience migratoire, ce qui, selon Higgingbottom (2011), peut avoir facilité leur intégration professionnelle.

Selon les participantes de l'étude, la principale différence culturelle entre le milieu de pratique québécois et les milieux de pratique antérieurs concerne le rôle plus autonome de l'infirmière au Québec. Cette observation est partagée par les participantes de toutes les études recensées, sauf une (Daniel et al., 2001). À l'instar des résultats de ces études, les participantes de notre recherche apprécient généralement ce rôle élargi.



Malgré tout, quelques-unes des participantes rejoignent celles interrogées par Daniel et al., Higgingbottom (2011) et Palese et al. (2006) lorsqu'elles déplorent que ces nouvelles responsabilités les obligent à documenter davantage leurs interventions. Certaines participantes de la recherche, comme celles de l'étude de Palese et al., craignent que ce temps supplémentaires consacré à la « paperasse » diminue le temps alloué au chevet du patient.

Les rôles du patient et de la famille sont également différents au Québec de ce que les participantes ont l'habitude de rencontrer. Le rôle du patient au Québec est plus autonome, ce qui semble être aussi le cas en Italie (Palese et al., 2001). La relation infirmière-patient s'en trouve transformée. Une participante de notre étude va dans le même sens que les résultats rapportés par Jose (2011) en observant qu'une plus grande autonomie des patients peut rendre ceux-ci plus exigeants envers l'infirmière. Alors que les participantes d'études recensées (Daniel et al., 2001; Higgingbottom, 2011; Jose; Liou & Cheng, 2011; Matiti & Taylor, 2005) critiquent l'implication moins grande de la famille dans les soins, quelques participantes de notre étude ont remarqué, au contraire, que les familles québécoises se montraient plus présentes auprès du patient. Enfin, des participantes de notre étude, de même que des infirmières interviewées par Higgingbottom et par Aboderin (2007), observent qu'elles ont maintenant accès à davantage de matériel sanitaire. Certaines déplorent d'ailleurs un certain gaspillage de ces ressources au Québec. Elles constatent également un niveau de technologie supérieur à ce qu'elles ont connu par le passé, une observation partagée par des participantes de l'étude de Higgingbottom et de Daniel et al. Ces différences ne sont pas problématiques en soi. Par contre, telles que les infirmières de l'étude de Jose, des participantes rappellent que toute nouvelle technologie nécessite un certain temps d'adaptation qu'elles ne se voient pas toujours accordé.

### **Résultats novateurs de l'étude**

La seconde partie de notre discussion décrit de façon plus détaillée les résultats les plus novateurs de l'étude. Les premiers résultats novateurs explorent le parcours prémigratoire des participantes. Celui-ci est relié au premier thème de l'étude, soit l'influence de l'histoire de vie sur l'expérience de la formation. Le parcours

prémigratoire comprend les caractéristiques sociodémographiques des participantes, leur niveau de maîtrise de la langue française, ainsi que les formations et expériences professionnelles antérieures à leur immigration.

Les données sociodémographiques recueillies dans le cadre de l'étude sont novatrices parce qu'il existe très peu de données sur les caractéristiques de la clientèle de la formation « Intégration à la profession infirmière du Québec » CWA.0B. En dehors du Québec, les participantes des études recensées au Canada et à l'étranger sont originaires de pays différents de ceux des étudiantes du programme CWA.0B. Elles doivent s'adapter à un milieu de travail anglophone ou italien. Les recherches québécoises sont les seules à explorer l'expérience d'intégration des infirmières immigrantes à un milieu sanitaire francophone (Primeau, 2013; Primeau, 2014; Primeau et Philibert, 2013).

On s'attardera en premier lieu aux caractéristiques sociodémographiques des participantes. Les dix-huit participantes de l'étude sont des femmes. Selon Collière, « tout passage est stigmatisé par l'appartenance sexuée qui marque d'un sceau indélébile toute vie » (2001, p. 178). Il devenait donc primordial d'explorer l'influence du sexe sur l'expérience de la formation. Le sexe féminin influence l'expérience de la formation dans la mesure où certaines des participantes ont ralenti ou interrompu leur parcours professionnel peu de temps avant l'immigration, afin de se consacrer à l'éducation des jeunes enfants. Ces femmes identifient ce temps d'arrêt comme l'une des principales difficultés rencontrées lors de leur intégration au milieu de la santé québécois. Il s'agit, pour elles, à la fois d'une réintégration au milieu de la santé et d'une intégration à un nouveau milieu de pratique. Ces résultats n'ont pas été retrouvés dans la littérature recensée, malgré que la grande majorité des infirmières immigrantes à travers le monde soit de sexe féminin. Il s'agirait dans ce cas de nouveaux résultats, méritant d'être considérés pour mieux accompagner les nouvelles infirmières immigrantes durant leurs premiers pas dans le système de santé du pays hôte.

Selon les résultats de l'étude, l'âge influencerait également l'expérience d'intégration des infirmières immigrantes interrogées. Celles-ci comparent leur retour aux études à leurs expériences antérieures de formation, et considèrent qu'elles ont

maintenant moins d'énergie et de concentration parce qu'elles sont plus âgées. Les recherches recensées parlent peu de l'influence de l'âge. Il est vrai que ces études ne se penchent pas sur l'expérience vécue au cours d'un programme d'intégration structuré, avec des cours théoriques qui en font un véritable retour aux études. Il existe en effet seulement deux gouvernements exigeant aux infirmières immigrantes de suivre un programme d'intégration professionnelle spécifique établi par ces instances gouvernementales, soit le Royaume-Uni et le Québec (Primeau, 2014), et le programme britannique est constitué surtout de stages cliniques. Le Québec est donc le seul endroit à exiger un programme comprenant une large part d'enseignement théorique, de manière à ce que celles qui désirent pratiquer à nouveau les soins infirmiers doivent littéralement retourner sur les bancs d'école. La thèse de Primeau, qui comprend un volet quantitatif pour mieux décrire les facteurs facilitant et nuisant à l'intégration professionnelle des infirmières immigrantes québécoises, permet d'objectiver l'impact de l'âge sur leur expérience. Ainsi, chaque augmentation de cinq ans à l'âge de l'infirmière étudiante augmenterait ses chances d'échouer la formation de 61 %.

Cette recherche se joint aux rares études québécoises se penchant sur les facteurs de réussite de l'intégration professionnelle des infirmières DHQ dans notre système de santé, et ces études sont les seules à explorer cette intégration dans un contexte francophone. Les participantes de la recherche identifient l'obligation d'étudier et de pratiquer en français, une langue seconde ou tertiaire pour elles, comme l'une des principales difficultés rencontrées durant la formation. Ces résultats corroborent ceux de plusieurs des études recensées (Alexis & Vydelingum, 2004; Daniel et al., 2001; Jose, 2011; Liou & Cheng, 2011; Matiti & Taylor, 2005; Omeri & Atkins, 2003; Palese et al., 2006). Ces dernières se penchent par contre sur l'expérience d'intégration en milieu anglophone ou italophone. De plus, les participantes de ces recherches identifient comme principales conséquences à leurs difficultés langagières la discrimination par les pairs et par les patients, et perçoivent ces difficultés comme un obstacle majeur à leur intégration professionnelle. Les participantes de notre étude, quant à elles, parce qu'elles en sont encore à l'étape de compléter une formation d'intégration pré-emploi, considèrent les difficultés langagières avant tout comme un obstacle à leur réussite académique.

Aux dires des participantes, le pays d'origine n'influence pas ou peu l'expérience de la formation. Plus précisément, c'est le parcours pré-migratoire dans son ensemble qui semble influencer leur expérience de la formation CWA.0B. Ce parcours migratoire comprend le pays d'origine, mais également les formations en santé suivies antérieurement, l'expérience professionnelle en soins ou en tant que sage-femme et les pays d'immigration précédents. Ces trois données (les formations antérieures, l'expérience professionnelle antérieure, et si la participante en est ou non à sa première migration) semblent influencer davantage l'expérience d'intégration au milieu sanitaire québécois que le pays d'origine. Il s'agit d'un résultat contredit par la thèse de Primeau (2014), où les étudiantes du programme CWA.0B originaires de pays asiatiques se trouvent défavorisées vis-à-vis de leurs collègues. Ce résultat n'a pas pu être noté dans le cadre de la présente recherche, aucune des participantes n'étant originaire d'un pays d'Asie. De plus, les résultats concernant l'influence de la formation et de l'expérience antérieure n'ont pas été retrouvés dans la littérature. Il s'agirait donc de résultats novateurs à explorer dans des études subséquentes.

Le sous-thème « Formation appréciée dans son ensemble », du deuxième thème « Appréciation de la formation » présente aussi quelques résultats novateurs. Il répond à notre deuxième objectif spécifique et couvre dans la dynamique structurante de Collière (2001) les pôles de l'évènement (la formation CWA.0B) et les préoccupations que cet évènement génère auprès des participantes.

Comme il a été mentionné précédemment, le Québec est le seul endroit, avec le Royaume-Uni, où les instances gouvernementales et professionnelles chapeautent un programme spécifique et obligatoire d'intégration professionnelle pour l'ensemble des infirmières immigrantes. Le Québec est le seul endroit où ce programme comporte un volet académique important, ce qui rend, par défaut, les résultats de la présente recherche sur l'expérience de ces cours théoriques novateurs. La formation est décrite par les participantes comme étant utile, mais dense. Les cours théoriques sont appréciés par les participantes qui les réussissent généralement bien. Elles apprécient les enseignantes et les ressources pédagogiques à leur disposition. Par contre, elles déplorent un manque de ressources psychosociales pour les accompagner durant cette étape intense et charnière de

leur vie, une demande qui se retrouve dans certaines des études recensées (Higgingbottom, 2011; Jose, 2011).

Les derniers résultats novateurs s'inscrivent dans le cadre de notre troisième thème « Influence du contexte socioculturel sur l'expérience de la formation » dont ils constituent le dernier sous-thème « Défis et stratégies de la conciliation entre les études, la famille et le travail ». Ces résultats découlent de l'exploration plus élargie du contexte entourant le programme d'intégration professionnelle. Ces résultats sont novateurs parce que les études recensées se penchent avant tout sur l'expérience d'intégration professionnelle telle qu'elle est vécue dans le nouveau milieu de travail, en tenant rarement compte des difficultés de conciliation entre cette étape d'intégration et les obligations d'ordre familial et financières.

Selon Collière, la vie « est un ensemble de compromis » (2001, p. 59) et l'infirmière qui cherche à accompagner doit réaliser que les soins et traitements prodigués peuvent être influencés par d'autres obligations ou impératifs majeurs pour la personne. Dans l'esprit de Collière, bien comprendre l'expérience des participantes signifie donc relever et bien articuler entre eux les différents liens de signification, de manière à bien comprendre l'influence de ces autres obligations ou impératifs que les participantes ne peuvent ignorer mais qui risquent de compromettre leur intégration professionnelle au Québec.

La principale préoccupation des participantes en dehors de la formation en soi consiste à concilier leur études avec les obligations familiales, qu'il s'agisse de la famille immédiate ou de la famille éloignée restée au pays. Ces résultats sont novateurs parce que rarement retrouvés dans la littérature entourant l'expérience d'intégration des infirmières immigrantes, bien que la majorité des participantes des autres études soient aussi des femmes. Par contre, les résultats de la présente recherche appuient l'étude de Primeau et Philibert (2013) en identifiant la conciliation étude, travail et famille parmi les facteurs influençant la réussite à l'examen de l'OIIQ des candidates à la profession diplômées du programme CWA.0B.

Pour mieux concilier ces différentes obligations, des participantes de notre étude mentionnent l'importance de l'aide du conjoint durant la formation. Primeau (2014) remarque, quant à elle, que les participantes dont le conjoint rencontre davantage de difficultés à intégrer la culture d'accueil réussissent moins bien à la formation CWA.0B. Les enfants, quant à eux, s'adaptent bien selon les participantes de l'étude. Par contre, leur influence sur l'expérience d'intégration est rarement mentionnée dans les études recensées. On peut seulement spéculer sur ce silence, soit parce que la question n'a pas été abordée dans les autres recherches, soit qu'il ne s'agit pas pour ces autres participantes d'une préoccupation majeure durant leur expérience d'intégration. Des participantes des études de Higgingbottom (2011) et Zhou et al. (2010) disent apprécier l'aide précieuse des proches ayant migré avec eux pour le support logistique et le soutien psychologique qu'ils peuvent apporter.

Les relations avec famille éloignée peuvent aussi influencer, malgré la distance, l'expérience de la formation. Des participantes de l'étude se disent appuyées par la famille restée à l'étranger, alors que d'autres rencontrent de l'incompréhension de la part de leur famille face à leur décision de retourner aux études. À l'instar des résultats de Higgingbottom (2011), des participantes de l'étude ont été aidées par les membres de leur famille restés au pays lorsqu'il est temps de récolter les documents nécessaires à la reconnaissance des acquis.

La famille éloignée peut également devenir une importante source de préoccupation, pouvant compromettre la réussite du programme d'intégration, lorsqu'un membre de la famille est malade ou décède, par exemple, durant la formation. Des participantes de notre étude ont aussi exprimé vivre de la culpabilité envers les proches qu'elles ont laissés derrière elles, un sentiment partagé par des participantes interrogées par Zhou et al. (2010). Des participantes envoient de l'argent au pays, une pratique courante chez les personnes immigrantes de pays en développement, et observée également par Primeau (2014). Dans le contexte de la formation CWA.0B, cette pratique peut ajouter un stress supplémentaire important à la participante et ses proches, si on considère que plusieurs des participantes accusent déjà d'importantes difficultés financières. Pour surmonter ces difficultés, certaines cherchent à travailler le soir ou les

fins de semaine, tout en poursuivant la formation à temps plein. D'autres considèrent cette conciliation étude, famille et travail trop difficile, voire impossible. Ces résultats sont novateurs puisque dans les études recensées, la question financière est rarement abordée comme étant problématique parce que l'intégration professionnelle y est habituellement rémunérée par l'employeur. Si les participantes se plaignent parfois de difficultés financières à leur arrivée au pays (Aboderin, 2007; Daniel et al., 2001; Higgingbottom, 2011), elles n'ont par contre pas à se chercher un deuxième emploi alors qu'elles complètent les stages d'intégration rémunérés en milieu clinique. .

### **Retombées anticipées**

Au plan de la recherche, l'étude a permis de mettre en lumière de nouveaux facteurs encore mal identifiés pouvant faciliter ou nuire à l'expérience d'intégration professionnelle des infirmières immigrantes, particulièrement en ce qui concerne l'influence des caractéristiques sociodémographiques, l'appréciation de la formation académique offerte et des défis à la conciliation étude, famille et travail rencontrés par les participantes. Ces nouvelles pistes méritent d'être explorées de manière plus approfondie dans d'autres études.

L'étude peut également être bénéfique au plan de l'enseignement. Ses résultats se concentrent sur une formation précise, le programme CWA.0B « Intégration à la profession infirmière du Québec » sur laquelle encore peu de recherches ont été effectuées. La présente étude pourrait initier une réflexion sur les meilleurs moyens d'accompagner les infirmières et sages-femmes immigrantes inscrites à la formation. En effet, mieux saisir l'expérience des étudiantes du programme en partant de leurs propres paroles devrait nous permettre d'offrir une formation plus adaptée aux besoins qu'elles nous ont exprimés. À la lumière des résultats de l'étude, les enseignantes, et plus particulièrement les monitrices de stage, pourraient bénéficier d'une formation les sensibilisant aux nombreux défis que doivent relever les infirmières immigrantes durant la formation CWA.0B. Par exemple, il pourrait être recommandé aux monitrices de laisser un certain temps aux étudiantes pour apprivoiser le milieu clinique avant de débiter l'évaluation proprement dite de leur intégration professionnelle. Les responsables du programme pourraient quant à eux être sensibilisés à la discrimination parfois vécue

par leurs étudiantes, et aux réticences qu'éprouvent certaines à porter plainte. Des services plus adaptés pour répondre aux difficultés financières et aux difficultés en lien avec la conciliation étude, famille et travail pourraient aussi être offerts.

Sur le plan de la pratique, les retombées sont à envisager davantage à moyen et long terme. Le Québec accuse une pénurie chronique d'infirmières qualifiées. Les résultats de l'étude pourraient encourager les instances concernées (OIIQ, Emploi Québec) à faciliter davantage le parcours migratoire des infirmières immigrantes, par exemple en offrant un meilleur accès à toute l'information nécessaire depuis la décision d'émigrer vers le Québec jusqu'à l'inscription au programme CWA.0B. Ces résultats devraient aussi permettre de toujours mieux adapter la formation « Intégration à la profession infirmière du Québec » aux besoins de ses étudiantes. Il devient alors possible d'envisager une meilleure intégration professionnelle des infirmières et sages femmes immigrantes et, à moyen et long terme, apporter autant d'infirmières qualifiées supplémentaires au sein de notre système de santé québécois, ce qui pourrait avoir un impact positif sur la qualité des soins à la population.

### **Forces et limites de l'étude**

La première force de l'étude est qu'elle se penche sur un phénomène, soit l'expérience d'intégration des infirmières et sages-femmes complétant le programme CWA.0B, encore peu documenté chez les infirmières originaires de pays francophones, et peu documenté au Québec, ce qui nous a permis de voir émerger quelques résultats novateurs intéressants. L'utilisation de l'approche anthropologique de Collière (2001) nous a permis de faire apparaître la dimension culturelle de l'expérience des participantes. C'est-à-dire que cette expérience a pu être resituée dans son contexte plus large, ce qui nous a permis d'observer l'influence sur cette expérience des caractéristiques sociodémographiques, du parcours pré et post migratoire, des différences culturelles entre le pays d'origine et le Québec ainsi que les difficultés financières et de conciliation étude, famille et travail. L'échantillonnage étant de convenance, il est possible que les principaux groupes ethnoculturels des infirmières DHQ n'aient pas été représentés de manière adéquate dans notre échantillon hétérogène. Notre questionnaire socio-démographique nous permet cependant de constater que ces groupes ethnoculturels ont



été représentés dans notre échantillon dans des proportions similaires aux statistiques que nous avons récoltées sur le sujet. De plus, malgré la grande hétérogénéité des participantes, la saturation des données a été atteinte. Enfin, la codification minutieuse des verbatim et l'analyse ont été triangulées avec les trois directrices de maîtrise.

L'absence de triangulation des outils de collecte de données constitue l'une des principales limites de l'étude, ces données étant recueillies uniquement par le biais des deux entrevues semi-dirigées et d'un questionnaire sociodémographique auprès des infirmières DHQ. Une deuxième méthode de collecte des données, par exemple une observation sur le terrain, aurait augmenté la crédibilité des résultats et, peut-être, leur variété en éclairant d'autres facettes de l'expérience d'intégration durant la formation CWA.0B. Huit participantes sur dix-huit ont demandé à ne pas être enregistrées.

## **Conclusion**

L'étude a exploré l'expérience d'intégration d'un groupe de 18 infirmières et sages-femmes immigrantes complétant le programme « Intégration à la profession infirmière du Québec », CWA.0B. Cette expérience se situe dans un contexte de pénurie d'infirmières au Québec et à l'échelle internationale, ainsi que dans un contexte de mondialisation qui laisse espérer que les infirmières immigrantes pourront répondre un jour à cette pénurie, du moins en partie. Par contre, le phénomène de l'intégration des infirmières immigrantes est encore mal connu, autant au Québec qu'au Canada et à l'étranger, bien qu'il suscite de plus en plus d'intérêt. L'approche de Collière (2001) nous a permis de resituer dans ce contexte élargi, et dans le contexte d'une immigration récente au Québec, l'expérience d'intégration de participantes infirmières immigrantes.

La recherche est l'une des premières au Québec à aborder l'expérience d'intégration des infirmières immigrantes au système de santé. Ceci nous a permis de générer quelques résultats novateurs qui pourront nous aider à mieux comprendre l'expérience de ces futures infirmières québécoises. Au sein du premier thème, l'influence de l'histoire de vie sur l'expérience de la formation, nous avons découvert l'impact du parcours prémigratoire sur l'expérience d'intégration des participantes, ainsi que les principales difficultés rencontrées au cours du processus d'immigration et les stratégies employées par les participantes pour les surmonter. Nous avons découvert, grâce au deuxième thème qui concernait l'expérience du programme de formation en soi, que ce dernier est bien apprécié des participantes, mais qu'il nécessite davantage de ressources psychosociales à la disponibilité des étudiantes et requiert un réajustement de son volet d'encadrement clinique. Enfin, le dernier thème nous a permis de mettre en lumière l'influence du contexte socioculturel sur l'expérience de la formation, plus particulièrement au plan des différences culturelles entre le Québec et le pays d'origine, et les défis et stratégies entourant la conciliation entre les études, la famille et le travail.

Des études supplémentaires, par exemple avec de plus grands groupes, des groupes mixtes ou des groupes regroupant l'ensemble des cégeps offrant le programme, seront nécessaires pour explorer plus en profondeur ces pistes afin de mieux comprendre

l'expérience d'intégration des infirmières immigrantes à notre système de santé et mieux les accompagner dans cette étape cruciale de leur parcours personnel, familial et professionnel.

## **Remerciements**

Je tiens à remercier mon père, Réal Philibert, mon conjoint, Pierre Bérubé, mes directrices, Denise St-Cyr Tribble, Louise O'Reilly et Chantal Doré, ainsi que Marie-Douce Primeau, qui m'ont accompagnée durant ces années de recherche et de rédaction. Je tiens également à remercier les experts qui ont bien voulu valider et bonifier par leurs précieux conseils le guide d'entrevue de l'étude. Enfin, j'aimerais remercier les participantes pour la confiance qu'elles m'ont accordée. En espérant, mesdames, vous recroiser un jour dans le système de santé en tant que collègues infirmières.

## Références

- Aboderin, I. (2007). Contexts, motives and experiences of Nigerian overseas nurses: Understanding links to globalization. *Journal of Clinical Nursing*, 16(12), 2237-2245. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.01999.x.
- Adams, E. & Kennedy, A. (2006). *Positive Practice Environments*. Genève: International Center on Nurse Migration.
- Agence de la Santé et des Services sociaux de Montréal (ASSSM) (2011). *Étude exploratoire sur l'intégration des CÉPI diplômées hors-Québec avec une attestation d'études collégiales dans le réseau de la santé et des services sociaux*. Montréal : Agence de la Santé et des Services sociaux de Montréal.
- Agence de la Santé et des Services sociaux de Montréal (ASSSM) (2010). *Processus d'intégration des diplômées hors Québec à l'OIIQ*. Montréal, Québec : Agence de la Santé et des Services sociaux de Montréal (document de travail – comité DHQ).
- Aiken, L. H., Buchan, J., Sochalski, J., Nichols, B., & Powell, M. (2004). Trends In International Nurse Migration. *Health Affairs*, 23(3), 69–77. doi:10.1377/hlthaff.23.3.69
- Alexis, O. Vydelingum, V. & Robbins, I. (2007). Engaging in a New Reality: Experiences of overseas minority ethnic nurses in the NHS. *Journal of Clinical Nursing*, 16(12), 2221-2228.
- Alexis, O. et Vydelingum, V. (2004). The lived experience of overseas black and minority nurses in the NHS in the south of England. *Diversity in Health and Social Care*, 1(1), 13-20.
- Allan, H. (2007). The rhetoric of caring and the recruitment of overseas nurses: the social production of a care gap. *Journal of Clinical Nursing*, 16(12), 2204-12. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.02095.x.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (AIIC) (2013). *Solutions éprouvées à la pénurie d'infirmières et d'infirmiers autorisés au Canada*. Ottawa : Association des infirmières et infirmiers du Canada.
- Benner, P. E. (1984). *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- Benner, P., Tanner, C. & Chesla, C. (2009). *Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment and ethics*. New York: Springer Publishing Company.
- Blythe, J., Baumann, A., Rheame, A., & McIntosh, K. (2009). Nurse migration to Canada: Pathways and pitfalls of workforce integration. *Journal of Transcultural Nursing*, 20(2), 202-10. doi: 10.1177/1043659608330349.

- Brunero, S., Smith, J., & Bates, E. (2008). Expectations and experiences of recently recruited overseas qualified nurses in Australia. *Contemporary Nurse*, 28(1-2), 101–10.
- Buchan, J. & Aiken, L. (2008). Solving nursing shortages : a common priority. *Journal of Clinical Nursing*, 17(24), 3262-8.
- Buerhaus, P. I., Donelan, K., Ulrich, B. T., Norman, L., DesRoches, C., & Dittus, R. (2007). Impact of The Nurse Shortage on Hospital Patient Care: Comparative Perspectives. *Health Affairs*, 26(3), 853–62. doi:10.1377/hlthaff.26.3.853.
- Collière, M. F. (2001). *Soigner... le premier art de la vie*. Paris: Masson.
- Creswell, J. W. (2009). *Research design : Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (3<sup>e</sup> éd.). Thousand Oaks : Sage.
- Daniel, P., Chamberlain, A. & Gordon, F. (2001). Expectations and experiences of newly recruited Filipino nurses. *British Journal of Nursing*, 10(4), 254-265.
- Deslauriers, J.P. & Kérisit, M. (1997). Le devis de la recherche qualitative. In Poupart, J., Deslauriers, J.P., Groulx, L.H., Laperrière, A., Mayer, R. & Pires, A.P. *La recherche qualitative : Enjeux épistémologique et méthodologiques*, (pp. 85-111). Montréal: Gaëtan Morin Éditeur.
- Hawthorne, L. (2007). Foreign credential recognition and assessment: An introduction. *Canadian issues*, Printemps, 3-13.
- Higgingbottom, G. (2011). The transitioning experience of internationally educated nurses into a Canadian health care system: a focused ethnography, *BMC Nursing*, 10(1), 14 p.
- Horne, G. (2011). Canada's Policy Framework for the Utilization of Internationally Educated Nurses. *Queen's Policy Review*, 2(2), 37-53.
- Institut canadien d'information sur la santé (2013). Les infirmières et infirmiers réglementés 2012 : Rapport sommaire, consultée à l'adresse [https://secure.cihi.ca/free\\_products/RegulatedNurses2012Summary\\_FR.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/RegulatedNurses2012Summary_FR.pdf)
- Jeans, M.E., Hadley, F. Green, J. & Da Prat, C. (2005). *Navigating to become a nurse in Canada*. Ottawa : Canadian Nurse Association.
- Jose, M.M. (2011). Lived experiences of internationally educated nurses in hospitals in the United States of America, *International Nursing Review*, 58(1), 123-129.
- Kaelin, L. (2010). A question of justice: assessing nurse migration from a philosophical perspective. *Developing World Bioethics*, 11(1), 30-9.
- Kingma, M. (2007). Nurses on the move: A Global Overview. *Health Services Research*, 42(3), 1281-1298.
- Kline, D. S. (2003). Push and pull factors in international nurse migration. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(2), 107–11.

- Kolawole, B. (2009). *Understanding the Barriers Confronting Internationally Educated Nurses in Integrating into the Ontario Healthcare System Using Postcolonial Theory*. Présenté à la Ethnic Immigration and Pluralism Graduate Student Conference, Université d'Ontario, Toronto.
- Konno, R. (2006). Support for overseas qualified nurses in adjusting to Australian nursing practice : a systemic review, *International Journal of Evidence-based healthcare*, 4(2), 83-100.
- Labonté, R., Packer, C., & Klassen, N. (2006). Managing health professional migration from sub-Saharan Africa to Canada: a stakeholder inquiry into policy options. *Human Resources for Health*, 4(23). Disponible à l'adresse : <http://www.human-resources-health.com/content/4/1/22>
- Laperrière, A. (1997). Les Critères de scientificité des méthodes qualitatives. In J. Poupard (dir.), *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal : Gaëtan Morin éditeur.
- Liou, S.R. & Cheng, C.Y. (2011). Experiences of a Taiwanese Nurse in the United States. *Nursing Forum*, 46(2), 102-9.
- Little, L. (2007). Nurse migration: A Canadian case study. *Health Service Research*, 42(3), 1336-53.
- Littlejohn, L., Campbell, J. & Collins-McNeil, J. & Khayile, T. (2012). Nursing shortage: A Comparative analysis. *International Journal of Nursing*, 1(1), 21-26.
- Lobiondo-Wood, G. & Haber, J. (2009). *Nursing Research: Methods, Critical Appraisal and Utilization*. St-Louis, Mo.: Mosby Elsevier.
- Magnusdottir, H. (2005) Overcoming strangeness and communication barriers: a phenomenological study of becoming a foreign nurse. *International Nursing Review*, 52, 263–269.
- Matiti, M.R. & Taylor, D. (2005) The cultural lived experience of internationally recruited nurses: a phenomenological study. *Diversity in Health and Social Care*, 2(1), 7–15.
- McIntosh, T., Torgerson, R., & Klassen, N. (2007). *The ethical recruitment of internationally educated health professionals: Lessons from abroad and options for Canada*. Research Report H/11 Health Network. Retrieved April 2012 from [http://www.cprn.org/documents/46781\\_en.pdf](http://www.cprn.org/documents/46781_en.pdf).
- Miles, M. & Huberman, M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. Paris: De Boeck.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2008). *Calcul de la pénurie d'infirmières par établissement au 31 mars 2007*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Morse, J. (2000). Determining sample size. *Qualitative Health Research*, 10(3), 3-5.
- Mucchielli, A. (dir.). (1996). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.

- Mukamurera, J., Lacourse, F. & Couturier, Y. (2006). Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. *Recherches qualitatives*, 26(1), 110-38.
- Murphy, S. (2008). Actualizing the dream : experience of internationally educated nurses. *Thèse de doctorat*, Université de Calgary.
- O'Brien, P & Gostin, L (2011). *Health Workers Shortages and Global Justice*. New York: Milbank Memorial Found.
- Omeri, A. & Atkins, K. (2002). The lived experiences of immigrant nurses in New South Wales, Australia : searching for meaning. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 495-505.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2007). *L'intégration professionnelle des infirmières immigrantes*. Montréal : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2010). Le Québec accueille de plus en plus d'infirmières étrangères, mais leur nombre demeure peu élevé. *Infostats - Bulletin statistique sur l'effectif infirmier au Québec*, 2(4). Consulté à l'adresse <http://www.oiq.org/uploads/periodiques/infostats/vol02n04/index.html>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2011b). Le Québec compte 1604 infirmières et infirmiers de plus. *Le Journal*, mars/avril 2011. Montréal : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2012). *Rapport annuel 2011-2012 de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*. Montréal : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2014a). *Document explicatif des étapes pour obtenir un permis d'exercice de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec à l'intention de l'infirmière diplômée hors Canada*. Montréal : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Disponible à l'adresse suivante : [http://www.oiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/admission\\_a\\_la\\_profession/infirmiere\\_formee\\_hors\\_quebec/permis-infirmieres-diplomees-hc-francais.pdf](http://www.oiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/admission_a_la_profession/infirmiere_formee_hors_quebec/permis-infirmieres-diplomees-hc-francais.pdf).
- Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (2014b) *Document explicatif des étapes pour obtenir un permis d'exercice de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec à l'intention de l'infirmière de la France admissible à l'Arrangement de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles*. Montréal : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Disponible à l'adresse suivante : [https://www.oiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/admission\\_a\\_la\\_profession/infirmiere\\_formee\\_hors\\_quebec/permis-infirmieres-francaise-arm.pdf](https://www.oiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/admission_a_la_profession/infirmiere_formee_hors_quebec/permis-infirmieres-francaise-arm.pdf).
- Organisation de Coopération et de Développement économiques/Nations Unies (OCDE/OMS) (2010). *International migration of Health Workers: Improving international co-operation to address the global health workforce crisis*. OCDE/OMS.
- Organisation de Coopération et de Développement économiques (OCDE) (2007). *Immigrant Health Workers in OECD Countries in the Broader Context of Highly*



- Skilled Migration. International Migration Outlook*. Organisation de Coopération de Développement économiques. Disponible à l'adresse <http://www.oecd.org/migration/mig/41515701.pdf>.
- Organisation mondiale de la santé (OMS) (2010). Wanted: 2.4 million nurses, and that's just in India. *Bulletin of the World Health Organization*, 88, 327-8. doi:10.2471/BLT.10.020510
- Palese, A., Barba, M., Borghi, Mesaglio, M., & Brusaferro, S. (2006). Romanian nurses' process of adaptation to Italian nursing practices during their first six months in Italy: a qualitative study. *Diversity in Health and Social Care*, 3(2), 123-30.
- Penninx, R. & Martiniello, M. (2006). Procesos de integracion y politicas (locales): estado de la cuestion et algunas ensenanzas. *Revista Espanola de Investigacions Sociologicas*, 116, 123-156
- Primeau, M-D. (2013). *Étude exploratoire des facteurs explicatifs de la réussite des infirmières au volet collégial de formation d'appoint*. Montréal : Agence de Santé et de Services sociaux de Montréal.
- Primeau, M-D. & Philibert, K. (2013). *Étude exploratoire des facteurs explicatifs de la réussite des infirmières diplômées hors Canada ayant complété le programme d'intégration dans un établissement collégial à l'examen de certification de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*. Montréal : Agence de santé et de services sociaux de Montréal. ISBN 2-89510-811-0.
- Primeau, M-D. (2014). *Les facteurs explicatifs de l'intégration et de la rétention des infirmières diplômées hors Québec* (thèse de doctorat inédite) Montréal : Université de Montréal.
- Sandelowski, M. (1995). Sampling Size in Qualitative Research. *Research in Nursing and Health*, 18(2), 179-183. doi: 10.1002/nur.4770180211.
- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing & Health*, 23(4), 334-40. doi: 10.1002/1098-240X(200008)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G.
- Sechrist, K., Lewis, E. M., Rutledge, D.N. & Keating, S. B. (2002). *Planning for California's nursing work force: Phase III final report*. Sacramento, CA: Association of California Nurse Leaders.
- Simoens, S., Villeneuve, M. & Hurst, J. (2005). *Tracking Nurses shortages in OECD countries*. OECD Health Working Paper No. 19., Paris : The Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Sochan, A. & Singh, MD. (2007). Acculturation and socialization: Voices of internationally educated nurses in Ontario. *International Nursing Review*. 54(2), 130-36.
- Tremblay, M. (2008). *Analyse des impacts de la mondialisation sur la santé au Québec : Enjeux et défis de la pénurie des professionnels de la santé*. Rapport 5. Montréal : Laboratoire d'études sur les politiques publiques et la mondialisation, École nationale d'administration publique, 18 p.

- Van Manen, M. (1990). *Researching Lived Experience : Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*. Ontario: The Althouse Press.
- Winkelmann-Gleed, A., & Seeley, J. (2005). Strangers in a British world? Integration of international nurses. *British Journal of Nursing*, 14(18), 954-961.
- Wismar, M., Maier, C., Glinos, I., Dussault, G., & Figueras, J. (2011). *Health Professional Mobility and Health Systems: Evidence from 17 European countries*. Copenhagen: European observatory on health systems and policies, Organisation mondiale de la santé.
- Woodbridge, M., & Bland, M. (2010). Supporting Indian nurses migrating to New Zealand : a literature review. *International Nursing Review*, 57(1), 40–8.
- Yeates, N. (2004). A dialogue with global care chain analysis: nurse migration in the Irish context : Feminist Review. *Feminist Review*, 77(1), 79–95. doi:10.1057/palgrave.fr.9400157.
- Yeates, N. (2009). *Globalizing care economies and migrant workers: Explorations in global care chains*. Basingstoke, RU: Palgrave MacMillan.
- Yi, M. & Jezewski, M. (2000) Korean nurses adjustment to hospital in the United States of America. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 721-9.
- Zhou, Y., Windsor, C., Coyer, F., & Theobald, K. (2010). Ambivalence and the experience of China-educated nurses working in Australia. *Nursing inquiry*, 17(3), 186–196.
- Zizzo, K. & Xu, Y. (2009) Transitional programs for internationally educated nurses: a systematic review. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 40(2), 57–66.

## **Annexe 1**



UNIVERSITÉ DE  
**SHERBROOKE**

## Expérience d'infirmières immigrantes durant le programme d'intégration professionnelle de niveau collégial, au Québec

### Renseignements sociodémographiques

Identification de la participante :

\_\_\_\_\_

Date d'aujourd'hui : \_\_\_\_\_

#### **Renseignements personnels**

1. Âge : \_\_\_\_\_

2. Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

3. Nombre d'années au Québec : \_\_\_\_\_

4. Origine ethnique :  
\_\_\_\_\_

5. Religion : \_\_\_\_\_

6. Langue parlée à la maison : \_\_\_\_\_

7. Revenu avant déduction d'impôts :

	Personnel	Familial
Aucun revenu	_____	_____
Moins de 9 999 \$	_____	_____
10 000 \$ à 19 999 \$	_____	_____
20 000 \$ à 29 999 \$	_____	_____
30 000 \$ à 39 999 \$	_____	_____
40 000 \$ à 49 999 \$	_____	_____
50 000 \$ et plus	_____	_____

8. Année d'obtention du permis d'infirmière : \_\_\_\_\_

9. Nombre d'années d'étude : \_\_\_\_\_

10. Nombre d'années d'expérience en soins infirmiers : \_\_\_\_\_

	Oui	Non
11. Formation d'intégration au collégial réussie :	_____	_____

Merci de votre collaboration !

## **Annexe 2**

---

Guide d'entrevue

Expérience d'infirmières immigrantes durant le programme d'intégration professionnelle  
de niveau collégial, au Québec

Entrevue I

### Consignes pour l'interviewer

Lire le formulaire de consentement à voix haute avec la participante. Donner des explications supplémentaires au besoin. Vérifier régulièrement si la participante a des questions et si elle comprend bien le contenu du formulaire.

À la lumière de ces informations, si la participante accepte de se joindre à l'étude, lui demander de signer le formulaire de consentement en deux copies et lui en laisser une. L'autre sera déposée sous clé à l'endroit désigné.

Préciser à la participante qu'elle peut mettre fin à l'enregistrement en tout temps, et qu'elle peut demander d'en effacer certains extraits sans que cela ne lui cause préjudice. Expliquer à la participante que le contenu de l'entrevue est confidentiel et mentionner les principales mesures qui seront prises pour préserver la confidentialité.

Préciser que c'est son point de vue qui nous intéresse, ses perceptions, son expérience. En ce sens, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses aux questions.

Mettre la rencontre en contexte : *« En tant qu'infirmière immigrante, vous vous êtes inscrite au programme d'intégration professionnelle dans l'espoir d'obtenir votre permis d'infirmière québécoise et travailler dans le système de santé québécois. Nous voulons vous permettre de raconter ce que ce parcours de formation (programme d'intégration professionnelle) a signifié pour vous. Ainsi, la recherche vise à comprendre comment vous avez vécu le programme d'intégration professionnelle durant ces six à dix mois. Nous sommes intéressés à votre point de vue personnel, et tout ce que vous nous direz demeurera strictement confidentiel. Nous ne sommes pas là pour vous juger. Nous voulons plutôt mieux comprendre votre réalité. »*

Rappeler le but de la recherche qui vise à comprendre l'expérience du programme d'intégration professionnelle obligatoire de niveau collégial par les infirmières immigrantes.

Expliquer brièvement le déroulement de la rencontre :

*« Au cours de la présente entrevue, je vous poserai des questions afin de recueillir de l'information qui m'aidera à comprendre votre expérience en tant qu'infirmière immigrante inscrite au programme d'intégration professionnelle obligatoire. En ce sens, il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses.*

*L'entrevue comportera au total sept questions principales ainsi qu'un formulaire de renseignements sociodémographiques, de même que la signature du formulaire de consentement. »*



**Question 1 :** « *Parlez-moi de votre vie avant l'immigration* ».

Thèmes à aborder : Histoire et culture familiale  
 Ce que signifiait devenir infirmière pour la participante  
 Expérience de formation et pratique infirmière antérieure  
 Contexte et raisons de l'immigration

**Question 2 :** « *Décrivez-moi dans vos mots votre vie depuis l'immigration.* »

Thèmes à aborder : Situation de vie au Québec, différences avec situation antérieure  
 Difficultés rencontrées  
 Ce qui a été aidant

**Question 3 :** « *Que signifie pour vous réussir le programme d'intégration et pouvoir pratiquer en tant qu'infirmière au Québec?* »

Thèmes à aborder : Gains à obtenir (statut, salaire, autres)  
 Sacrifices possibles durant la formation

**Question 4 :** « *Comment décririez-vous votre vie durant les mois où vous avez étudié dans le cadre du programme d'intégration professionnelle?* »

Thèmes à aborder : Ce qui a été le plus difficile, dans le cadre du programme mais aussi en dehors du programme (cours, labos, stages, évaluations, transports, conciliation étude – famille – travail)  
 Ce qui s'est révélé différent de ce à quoi elle s'attendait  
 Ce qui a été aidant, dans le cadre du programme et à l'extérieur du programme  
 Relations avec les enseignants, les infirmières, les collègues de travail

**Question 5 :** « *Parlez-moi de la réaction de votre entourage suite à votre décision de retourner aux études.* »**Question 6 :** « *Quelles sont les différences et les similarités dans les façons de soigner, entre le Québec et votre pays d'origine?* »

Thèmes à aborder : Qu'est-ce que la participante pense de ces différences  
 Comment la participante s'est-elle adaptée à ces différences

**Question 7 :** « *Quelles sont les différences et les similarités dans les façons d'enseigner, entre le Québec et votre pays d'origine?* »

Thèmes à aborder : Qu'est-ce que la participante pense de ces différences  
 Comment la participante s'est-elle adaptée à ces différences

**Question 8 :** « *Selon vous, votre expérience de la formation aurait-elle été différente si vous aviez été plus jeune ou plus âgée? Si vous aviez été un homme plutôt qu'une femme? Si vous veniez d'un autre pays? Si oui, de quelle façon?* »

### **Annexe 3**

<b>PROTOCOLE de recherche clinique</b>
--

Titre du projet : Expérience d’infirmières immigrantes durant le programme d’intégration professionnelle de niveau collégial, au Québec

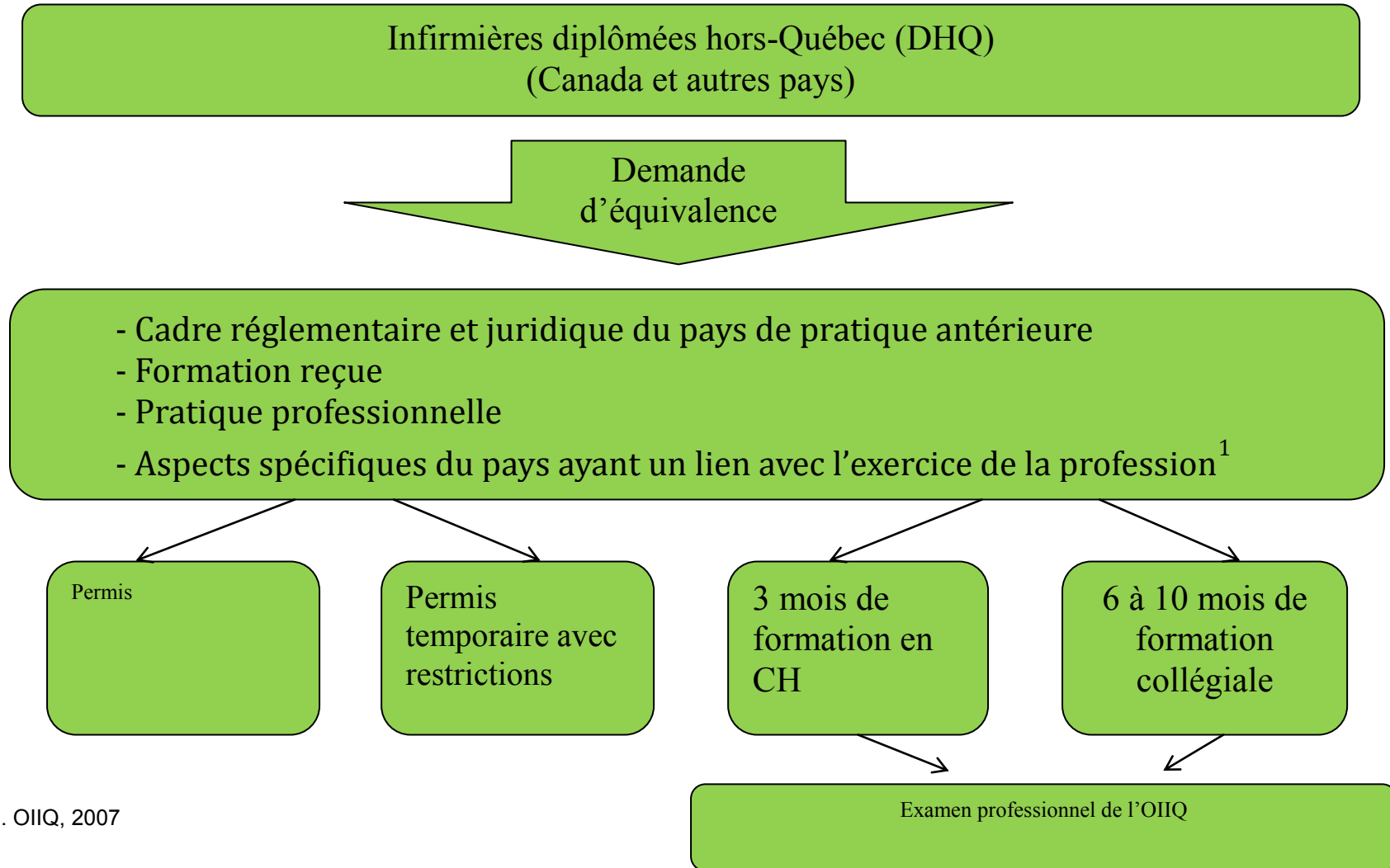
Étudiante chercheuse : Karine Philibert, Université de Sherbrooke

Directrices de recherche : Denise St-Cyr Tribble, Université de Sherbrooke  
Chantal Doré, Université de Sherbrooke  
Louise O’Reilly, Université de Sherbrooke

Selon les projections du ministère de la Santé et des Services sociaux (Grenier, 2007), le Québec sera confronté à une pénurie de 23 000 infirmières d’ici 2020. L’intégration des infirmières immigrantes constitue l’une des stratégies proposées par l’Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) pour pallier à cette situation (OIIQ, 2007). Parmi sa population immigrante, le Québec bénéficie en effet d’un bassin grandissant d’infirmières compétentes et disponibles. Ainsi l’OIIQ (2004) notait, entre 1998 et 2002, une augmentation de 300% du nombre de demandes d’équivalence faites par des infirmières hors-Québec.

Les infirmières diplômées hors-Québec (DHQ) désirant pratiquer dans le système de santé québécois doivent soumettre leur dossier au Comité d’admission par équivalence de l’OIIQ. Après évaluation du dossier, le Comité peut décider de délivrer un permis d’exercice avec ou sans restrictions, ou prescrire une formation complémentaire d’une durée variant entre trois mois, en établissement de santé, et six à dix mois, dans une institution collégiale (voir le schéma plus bas). Cette recherche s’intéresse aux infirmières complétant la formation de six à dix mois, soit le programme « Intégration à la profession infirmière du Québec », CWA.0B. Le programme offre des cours théoriques, des laboratoires et des stages en milieux hospitaliers. Il vise à « familiariser l’infirmière DHQ au contexte de pratique québécois, sur les plans professionnel, légal, déontologique, organisationnel et socioculturel; à l’adaptation des compétences déjà acquises pour exercer la profession au Québec; [et] à la démonstration des compétences cliniques essentielles à une pratique professionnelle sécuritaire et efficace dans un milieu de soins québécois » (OIIQ, 2011a).

Schéma I : Parcours des infirmières immigrantes faisant la demande d'une équivalence de permis auprès de l'OIIQ.



1. OIIQ, 2007

Les infirmières DHQ dont la formation et l'expérience antérieures en santé mentale et en réadaptation n'ont pas été jugées suffisantes par l'OIIQ doivent compléter 125 heures de formation supplémentaire. Une fois la prescription de formation de l'OIIQ complétée, l'infirmière DHQ peut s'inscrire à l'examen d'entrée à la profession de l'OIIQ.

Les infirmières complétant le programme CWA.0B représentent un groupe d'infirmières particulièrement digne d'intérêt pour notre système de santé. D'abord, elles sont nombreuses. Par exemple, en 2003-2004, sur les 258 équivalences partielles délivrées par le Comité, 140 infirmières DHQ se voyaient prescrire une formation d'appoint de trois mois en centre hospitalier et 118 une formation de six à dix mois en milieu collégial (OIIQ, 2004).

Il n'existe pas de données publiées sur le pays d'origine des infirmières DHQ complétant la formation CWA.0B. Le Cégep du Vieux-Montréal (CVM) nous a toutefois permis de compiler les données provenant de leurs cohortes de 2008 à 2010. Les résultats révèlent qu'une grande majorité de ces étudiantes sont originaires de pays membres de l'Organisation internationale francophone (OIF), telle que définie par l'OIIQ, c'est-à-dire en excluant la France, la Belgique et la Suisse. Ainsi, 32 % venaient d'Haïti, 23 % du Petit Maghreb (Tunisie, Algérie et Maroc), 15 % de Roumanie, 9 % du Liban et 9 % de pays sub-sahariens francophones.

Or, si la rétention des infirmières DHQ pose souvent problème, il est intéressant de constater qu'après cinq ans de pratique, les infirmières originaires de ces pays membres de l'OIF sont les seules à posséder un taux de rétention dans le système de santé québécois équivalent à celui des infirmières formées au Québec (OIIQ, 2010), c'est-à-dire 91 % versus 91,6 %.

Toutefois, malgré la formation « Intégration à la profession infirmière du Québec », les données récoltées via le CVM nous révèlent que les infirmières DHQ terminant le programme d'intégration professionnelle obligatoire affichaient un taux de réussite à l'examen de l'OIIQ de 49 % comparativement à 74,6 % pour l'ensemble des étudiantes infirmières, formées au Québec et hors-Québec, passant l'examen pour la première fois.

Les infirmières DHQ complétant le programme CWA.0B représentent donc près de la moitié des infirmières DHQ, et bien qu'elles soient les plus susceptibles de s'intégrer de manière durable dans notre système de santé, elles réussissent beaucoup moins bien l'examen de l'OIIQ que les autres candidates à la profession. Le but de cette étude est donc d'obtenir davantage d'information sur l'expérience des infirmières DHQ durant le programme d'intégration professionnel obligatoire au collégial, celui-ci constituant leur principale formation en préparation à l'examen de l'OIIQ, afin de mieux saisir les difficultés rencontrées alors qu'elles tentent de compléter le programme avec succès.

### **Recension des écrits**

Il existe une seule étude québécoise, non publiée, sur les infirmières DHQ (OIIQ, 2011b), et deux rapports de l'OIIQ, datant de 2004 et 2007. Même au niveau international, les recherches sur l'expérience des infirmières immigrantes se font rares. Ces quelques études étant issues des pays du Commonwealth, les participantes sont habituellement originaires de pays ayant l'anglais pour deuxième langue. Ainsi, à notre connaissance, il n'existe aucune étude sur l'expérience des infirmières immigrantes originaires d'Haïti, de Roumanie et du Maghreb, alors qu'il s'agit des principaux pays d'origine des infirmières DHQ complétant le programme d'intégration professionnelle obligatoire de niveau collégial au Québec.

Dans le cadre de notre recension des écrits, nous avons recensé les banques de données Medline, CINAHL, Google Scholar, Caern, Erudit, Ovid et Eric à la recherche d'études explorant l'expérience d'infirmières immigrantes durant les deux premières années de leur intégration dans le système de santé du pays hôte. Les programmes d'intégration variant énormément d'un pays à l'autre, ou même à l'intérieur d'un même pays, il ne nous a pas semblé judicieux de nous limiter aux études relatant l'expérience durant une formation encadrée. Nous avons cru plus pertinent d'inclure toutes les études sur l'expérience durant les deux premières années à l'intérieur du système de santé d'adoption. Deux ans apparaît comme une période charnière, où l'infirmière commence à se sentir compétente dans son nouveau milieu de pratique (Benner, Tanner et Chesla, 2009; Benner, 1982).

Nous avons trouvé 65 articles concernant notre sujet. Après lecture, 27 documents ont été éliminés parce qu'il ne s'agissait pas d'études empiriques et 25 études empiriques furent écartées parce qu'elles ne se limitaient pas aux deux premières années d'expérience. Des 13 études restantes, les six plus rigoureuses d'un point de vue méthodologique, selon la grille d'évaluation d'une étude qualitative de Malterud (2001), seront présentées. Nous débuterons notre recension avec l'étude à devis quantitatif de Brunero, Smith et Bates (2008), poursuivrons avec les deux études à devis mixtes, et terminerons avec les trois études qualitatives plus près du devis de la présente étude. La méthodologie, les principaux résultats et les forces et limites de chaque étude seront présentés brièvement. Les trois premières études ont utilisé des devis quantitatifs ou mixtes. Chacune a distribué plus de cent questionnaires à des infirmières immigrantes, dans le but d'explorer leurs attentes et expériences dans leurs nouveaux milieux de travail. La première, l'étude de Brunero, Smith et Bates (2008), se déroule en Australie. Près de la moitié des infirmières immigrantes interrogées se révèlent originaires du Royaume-Uni (27 des 57 questionnaires retournés). Les autres participantes sont d'origines très variées. Elles expriment avoir migrées dans l'espoir de meilleures opportunités de carrière et de salaires. Elles sont étonnées de constater que le rôle, les valeurs et les pratiques de l'infirmière australienne diffèrent de celles de leur pays d'origine. La communication pose problème, tant au niveau verbal que non-verbal. Les infirmières expriment vivre de l'isolement et le mal du pays.

Les études de Withers et Snowball (2003) et de Winkelmann-Gleed et Seeley (2005) complètent la collecte de données à l'aide d'entrevues semi-dirigées. Il s'agit de deux études britanniques. Les infirmières immigrantes participant à l'étude de Withers et Snowball (2003) sont originaires des Philippines. Elles expliquent avoir migré elles aussi pour de meilleures opportunités de carrière et de salaires. Depuis leur arrivée, elles expriment avoir vécu de la discrimination et se plaignent de la non-reconnaissance de leurs acquis. Les problèmes de communication, verbale et non verbale demeurent l'une des principales difficultés rencontrées. L'article ne mentionne pas de saturation des données, ni de validation des résultats auprès des participantes.

Les infirmières interrogées dans l'étude de Winkelmann-Gleed et Seeley (2005) remarquent des différences au niveau de leur rôle professionnel. Elles déplorent devoir dispenser davantage de soins de base. Elles apprécient par contre leur nouvelle autonomie professionnelle, même si cette nouvelle autonomie entre parfois en contradiction avec le rôle féminin plus traditionnel qu'on attend d'elles dans leur culture d'origine. Ici aussi, les infirmières expriment avoir été victime de discrimination au travail. Bien que l'étude prétende vouloir explorer l'influence du genre dans l'expérience des infirmières immigrantes, l'échantillon ne comprenait que deux hommes. L'une des principales limites de ces trois études est le faible taux de réponse aux sondages (entre 23 % et 41 %).

La quatrième étude, celle de Daniel, Chamberlain et Gordon (2001) est une recherche qualitative au Royaume-Uni. Elle consiste en deux groupes de discussion ciblés cherchant à explorer les attentes et expériences d'un groupe d'infirmières originaires des Philippines. Encore une fois, les participantes remarquent des différences aux niveaux du rôle et du champ de pratique infirmiers et mentionnent éprouver des difficultés communicationnelles. Pour pallier aux difficultés rencontrées, elles apprécient le soutien des collègues, des superviseurs et des supérieurs. La validation des résultats s'est faite au cours des discussions.

La cinquième étude, celle de Matiti et Taylor (2005), vient aussi du Royaume-Uni. On y explore les mécanismes d'adaptation d'infirmières immigrantes par le biais d'entrevues semi-dirigées. Comme toutes les études, les difficultés se retrouvent au niveau des différences dans le rôle, les valeurs et les champs de pratique, autrement dit, au niveau de la culture professionnelle, ainsi qu'au niveau de la communication, verbale et non-verbale. Les participantes expriment avoir été victime de discrimination. Elles identifient le soutien des collègues et des supérieurs comme le principal élément aidant à leur intégration. L'analyse est bien détaillée et a été triangulée. Par contre, il n'y a pas eu de validation du contenu des entrevues auprès des participantes.

La dernière, l'étude de Zhou, Windsor, Coyer et Theobald (2010), consiste en des entrevues semi-dirigées auprès d'infirmières chinoises dans le système de santé



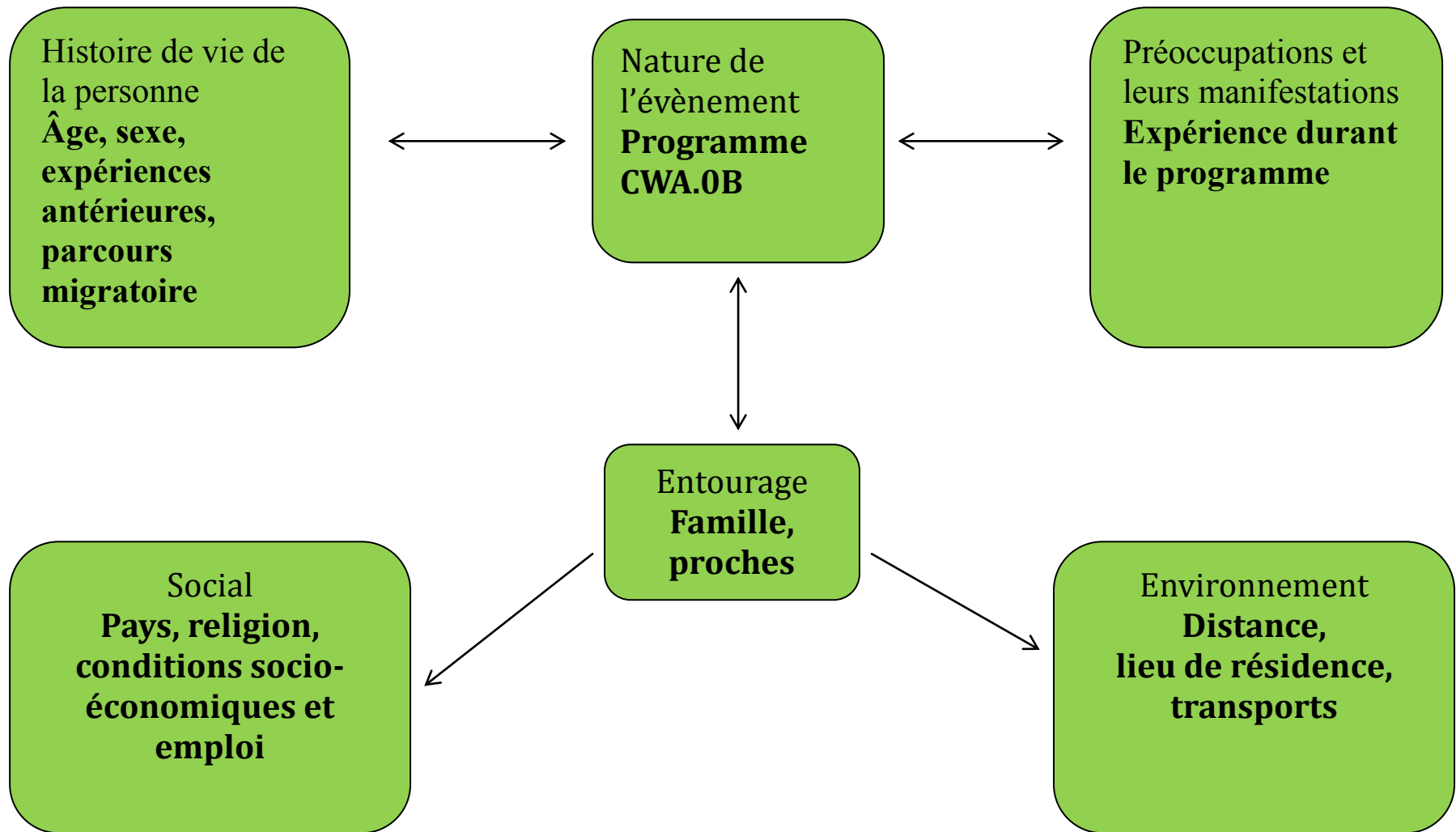
australien. Le but de cette étude n'est jamais clairement énoncé. Comme chez Brunero et al. (2008) de meilleures opportunités de travail et une qualité de vie améliorée ont motivé les participantes à quitter leur pays pour l'Australie. Les différences de culture professionnelle et de la communication demeurent les principales difficultés rencontrées, ainsi que l'isolement et le mal du pays.

Toutes les études, sauf une, se concentrent sur l'expérience en lien avec le milieu et l'identité professionnelle, mais sans tenter de situer davantage l'expérience des infirmières immigrantes dans un contexte plus large (c'est-à-dire dans l'histoire de vie de la personne et ses différentes cultures) ce que déplorent d'ailleurs plusieurs auteurs (Allan, 2007 ; Kolawole, 2009 ; Woodbridge et Bland, 2010 ; Yeates, 2004). Les résultats des études convergent. Les six études identifient les différences au niveau de la culture professionnelle et la communication verbale et non-verbale comme les principales difficultés rencontrées. La non-reconnaissance des acquis et l'isolement sont des problèmes aussi relevés dans plusieurs études (Brunero et al., 2008 ; Withers et Snowball, 2003 ; Zhou et al., 2010).

## **Objectifs**

L'objectif principal de la présente étude est d'explorer les perceptions des infirmières immigrantes au sujet de leur expérience durant le programme d'intégration obligatoire au collégial, au Québec. Plus spécifiquement, nous tenterons de resituer cette expérience dans son contexte en nous inspirant de l'approche de Marie-Françoise Collière (2001). Pour ce faire, Collière propose de relier, dans une dynamique structurante (voir le schéma II), les éléments les plus susceptibles d'influencer l'expérience de la personne.

Schéma II : Dynamique structurante de M-F. Collière (2001)



Nos objectifs spécifiques serviront à explorer chacun de ces éléments, ceci afin de mieux comprendre leur influence sur l'expérience de la formation chez les infirmières DHQ et obtenir une vision d'ensemble de cette expérience.

#### Objectif spécifique 1

Explorer l'influence du sexe, de l'âge et de l'histoire de la participante sur son expérience de la formation « Intégration à la profession infirmière du Québec ».

#### Objectif spécifique 2

Examiner les perceptions des infirmières à l'égard du programme CWA.0B.

#### Objectif spécifique 3

Décrire l'influence de l'entourage social et environnemental sur l'expérience des infirmières DHQ ayant complété la formation d'intégration professionnelle obligatoire au collégial.

### **Méthodologie**

Cette section discutera de la méthodologie de l'étude. Elle comprendra la description du devis et de l'échantillonnage, du déroulement de l'étude, la description des instruments de recherche, la méthode d'analyse des données, les limites et la prise en compte des considérations éthiques.

#### Devis

Un devis qualitatif permettra de mieux saisir la complexité du sujet à l'étude. Étant donné le peu de connaissances accumulées sur le sujet, ce devis qualitatif sera de type exploratoire et descriptif (Lobiondo-Wood et Haber, 2009; Sandelowski, 2000).

### Échantillonnage

Notre population cible est l'ensemble des infirmières DHQ devant compléter le programme « Intégration à la profession infirmière du Québec » dans un cégep francophone de la province. Notre échantillon sera constitué d'un sous-groupe de ces infirmières.

Sandelowski (2000) recommande dans le cadre d'un devis descriptif un maximum de variabilité afin d'offrir une description fidèle du phénomène à l'étude. Il s'agira donc d'un échantillonnage déterministe afin de représenter le mieux possible la population cible. Il sera de convenance parmi les infirmières DHQ acceptant de participer à l'étude, et pourrait être complété par la méthode d'échantillonnage en boule de neige. Selon Morse (2000) et Sandelowski (1995) un échantillon de 30 participantes serait le minimum requis pour s'assurer une collecte de données riches et permettant l'atteinte de la saturation dans le cadre d'une étude exploratoire. À chaque année au Québec, environ 450 infirmières DHQ complètent la formation, et ce nombre continu d'augmenter (OIIQ, 2011b). Environ 900 infirmières auront donc terminé la formation au cours des deux dernières années. Une centaine de ces infirmières graduent du Cégep anglophone de John Abbott. En les soustrayant, 700 infirmières DHQ demeurent, ce qui constitue notre bassin de participantes potentielles. Les participantes sont majeures et aptes à consentir à la recherche.

### Critères d'inclusion et d'exclusion

Les participantes devront avoir terminé un premier diplôme donnant accès au titre d'infirmière dans un autre pays, puis avoir complété, avec succès ou non, le programme CWA.0B depuis moins de deux ans. Elles devront pouvoir s'exprimer en français. Les infirmières immigrantes ayant déjà eu la chercheuse étudiante comme enseignante sont exclues de l'étude.

### Collecte des données

La chercheuse étudiante contactera les directeurs des cégeps, puis les coordonnatrices à la formation continue responsables du programme CWA.0B afin de leur expliquer le but de la recherche et obtenir leur collaboration au recrutement des participantes. Les coordonnatrices contacteront leurs anciennes étudiantes par le biais d'un appel téléphonique ou d'un courriel, pour leur expliquer sommairement le but de la recherche et sa pertinence. Elles demanderont ensuite aux anciennes étudiantes si elles acceptent d'être contactées par téléphone par la chercheuse étudiante.

La chercheuse étudiante pourra par la suite, lors de ce premier contact téléphonique, répondre à leurs questions, s'assurer qu'elles sont admissibles à la recherche, les informer des inconvénients possibles à leur participation (durée des entrevues, possibilité de réactiver des souvenirs pénibles). Si la participante éventuelle est toujours intéressée à se joindre à la recherche, un premier rendez-vous pourra être planifié.

Cette première entrevue durera environ une heure et se déroulera au lieu de leur choix (travail, cégep, ou à leur domicile). Un formulaire de consentement leur sera présenté et expliqué avant le début de l'entrevue, ainsi que la fiche de renseignements sociodémographiques. L'entrevue sera menée à l'aide d'un guide d'entrevue semi-structuré, et sera enregistrée en version audionumérique. Dans l'éventualité où le récit de la participante lui rappellerait des moments douloureux, celle-ci sera référée au besoin, et si elle le souhaite, à l'organisme l'Hirondelle pour un soutien psychologique. Il s'agit d'un organisme d'aide aux immigrants travaillant en collaboration avec l'OIIQ à l'intégration des infirmières DHQ.

Environ deux mois plus tard, une première analyse des données sera transmise par courriel aux participantes. Celles-ci seront alors recontactées par téléphone pour une deuxième entrevue d'environ 20 minutes, afin de valider cette analyse.

Les données seront dénominalisées pour l'analyse et la diffusion des résultats. Les enregistrements seront conservés cinq ans dans un tiroir sous clé, au bureau de l'étudiante chercheuse, situé au Collège de Bois-de-Boulogne. Les données transcrites sur support informatique seront sécurisées avec un mot de passe. Les données seront détruites après cinq ans. Seules l'étudiante chercheuse et ses directrices de recherche y auront accès.

### Instruments de recherche

Un questionnaire sur les renseignements sociodémographiques permettra de recenser l'âge, le pays d'origine, le nombre d'années d'expérience, la religion, le type d'immigration des participantes, ainsi que la réussite ou l'échec relié à la formation collégiale et à l'examen de l'OIIQ.

Un guide d'entrevue permettra d'encadrer la collecte des données durant les entrevues semi-dirigées. Ce dernier sera pré-testé auprès de deux anciennes étudiantes du programme CWA.0B. De plus, une validation de contenu sera réalisée auprès d'un groupe de six experts, soit une ancienne étudiante du programme d'intégration professionnelle, une étudiante doctorante de l'Université de Montréal, une coordonnatrice de cégep à la formation continue et les trois directrices de la recherche.

### Analyse des données

Il s'agira d'une analyse thématique selon la méthode de Miles et Huberman (2003). La collecte et l'analyse des données seront itératives. Les données seront réduites et condensées avant d'être présentées sous la forme d'un mémoire de maîtrise et d'un séminaire de recherche. Cette analyse est triangulée avec les trois autres chercheuses, soit les directrices de recherche, Denise St-Cyr Tribble, Chantal Doré et Louise O'Reilly. Les données seront gérées à l'aide du logiciel NVivo.

### Coûts de l'étude

Les coûts de l'étude seront couverts dans leur entièreté par l'étudiante chercheuse.

### Limites de l'étude

L'absence de triangulation des données constitue l'une des principales limites de l'étude, ces données étant recueillies uniquement par le biais des entrevues semi-dirigées auprès des infirmières DHQ. Une autre limite de l'étude concerne l'échantillon. En effet, les trente participantes de l'étude seront recrutées de manière à ce que les principaux groupes ethniques présents chez les infirmières DHQ terminant le programme CWA.0B y soient représentés, et ce, même si Sandelowski (1995) nous mets en garde contre une trop grande hétérogénéité de l'échantillon dans les études qualitatives. Nous sommes ainsi conscientes du risque que chacun des groupes ethniques ne soit pas suffisamment représenté dans l'analyse puisque notre échantillon ne comporte que 30 participantes. Même avec un échantillon plus important, il est possible de ne pas obtenir la profondeur analytique attendue d'une bonne étude qualitative. Pour pallier au problème, Sandelowski propose plutôt de monter plusieurs études séparées, chacune représentative d'un ensemble de la population (ici, il s'agirait de monter une étude sur la population d'infirmières DHQ originaires de Roumanie, une autre sur les infirmières DHQ haïtiennes et une troisième sur les infirmières maghrébines, par exemple). Cette option n'a pas été retenue. Les recherches sur notre sujet sont encore rares et cette étude s'inscrit dans le cadre d'un projet de maîtrise, nous avons donc préféré un échantillon plus hétérogène afin d'augmenter la transférabilité des résultats.

### Considérations éthiques

Le projet sera soumis au comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du CHUS et de l'Université de Sherbrooke.

Afin d'éviter toute forme de coercition, les anciennes étudiantes seront contactées par les coordonnatrices des cégeps qu'elles ont fréquentés. Elles y seront informées du but de l'étude et des risques potentiels à leur participation. Les coordonnées de la chercheuse étudiante et ses heures de disponibilités leur seront également transmises, afin que celle-ci puisse répondre à toutes leurs questions.

Les anciennes étudiantes qui désireront participer pourront par la suite prendre rendez-vous avec la chercheuse étudiante au lieu de leur convenance (cégep, domicile, lieu de travail, ou autre). L'étudiante chercheuse s'assurera d'offrir un environnement confidentiel et respectueux des participantes en tout temps. À la première rencontre, l'étudiante chercheuse se fera un devoir de rappeler à la participante le but de l'étude et son déroulement, de manière à ce que celle-ci soit parfaitement consciente des risques et inconvénients potentiels. Elle sera ainsi informée du temps qu'elle devra consacrer à l'étude, du type de question qui lui sera posé, et de la possibilité que ces questions ravivent des souvenirs désagréables. Dans quel cas, il lui sera toujours possible de refuser de répondre, ou de se retirer de l'étude. Au besoin, une aide psychologique pourra lui être suggérée par le biais d'organisme d'aide aux immigrants, par exemple l'Hirondelle.

Le formulaire de consentement sera présenté à la participante éventuelle en lui rappelant qu'il ne s'agit pas d'un engagement de sa part à terminer l'étude. L'étudiante chercheuse laissera à l'étudiante participante tout le temps nécessaire pour lire et bien comprendre le formulaire, et s'assurera de répondre à toutes ses questions. Avant la signature, l'étudiante chercheuse vérifiera une dernière fois que la participante éventuelle offre un consentement libre et éclairé, c'est-à-dire que l'ensemble de ses questions et inquiétudes ont été adressées, ou, dans le cas contraire, que celle-ci se sent parfaitement à l'aise de ne pas participer à l'étude.

### **Retombées anticipées**

Notre étude devrait permettre aux institutions collégiales et aux enseignants de mieux accompagner les infirmières immigrantes en leur fournissant de précieux renseignements



sur les besoins de cette clientèle particulière. La formation des infirmières immigrantes pourrait être améliorée si elle tenait davantage compte de ces besoins reliés à l'expérience spécifique des infirmières immigrantes. Le but est de connaître l'expérience de ces infirmières afin d'éventuellement contribuer à augmenter leur intégration dans la profession infirmière québécoise, et en bout de ligne, d'assurer de meilleurs soins à la population.

## Références

- Allan, H. (2007). The rhetoric of caring and the recruitment of overseas nurses: the social production of a care gap. *Journal of Clinical Nursing*, 16(2), 2204-2212. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02095.x
- Benner, P., Tanner, C. & Chesla, C. (2009). *Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment and ethics*. New York: Springer Publishing Company.
- Benner, P. (1982). From novice to expert. *American Journal of Nursing*, 82(3), 402-407.
- Brunero, S., Smith, J. & Bates, E. (2008). Expectations and experiences of recently recruited overseas qualified nurses in Australia. *Advances in Contemporary Transcultural Nursing*, 28(1-2), 101-110. doi: 10.5172/conu.673.28.1-2.101
- Collière, M. (2001). *Soigner... Le Premier Art de la vie*. Paris : Éditions Masson.
- Daniel, P., Chamberlain, A. & Gordon, F. (2001). Expectations and experiences of newly recruited Filipino nurses. *British Journal of Nursing*, 10(4), 254-265.
- Grenier, N. (2007). *Projection de la main-d'œuvre infirmière de 2006-2007 à 2021-2022*. Québec : Direction de la planification et des soins infirmiers. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Kolawole, B. (2009, Janvier). *Understanding the Barriers Confronting Internationally Educated Nurses in Integrating into the Ontario Healthcare System Using Postcolonial Theory*. Conférence présentée à la 2<sup>ième</sup> Annual Graduate Student Conference in Ethnicity, Université de Toronto, Toronto, ON.
- Laperrière, A. (1997). Les Critères de scientificité des méthodes qualitatives in La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques. Montréal : Gaëtan Morin éditeur.
- Lobiondo-Wood, G. & Haber, J. (2002). *Nursing Research: Methods, Critical Appraisal and Utilization*. St-Louis, Mo.: Mosby Elsevier.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358(9280), 483-488.
- Matiti, R. & Taylor, D. (2005). The cultural lived experience of internationally recruited nurses: a phenomenological study. *Diversity in Health and Social Care*, 2(1), 7-16.
- Miles, M. & Huberman, M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. Paris: De Boeck.
- Morse, J. (2000). Determining sample size. *Qualitative Health Research*, 10(3), 3-5. doi: 10.1177/104973200129118183
- Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (2011a). *Document explicatif des étapes pour obtenir un permis d'exercice de l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec à l'intention de l'infirmière diplômée hors-Canada*. Disponible sur le site Internet de l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec à l'adresse :

[http://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/admission\\_a\\_la\\_profession/infirmiere\\_formee\\_hors\\_quebec/Permis-h-Canada-F.pdf](http://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/admission_a_la_profession/infirmiere_formee_hors_quebec/Permis-h-Canada-F.pdf)

- Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (2011b). *Étude exploratoire sur l'intégration des CÉPI diplômées hors Québec avec une attestation d'études collégiales dans le réseau de la santé et des services sociaux*. Montréal : Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec.
- Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (2010). Le Québec accueille de plus en plus d'infirmières étrangères, mais leur nombre demeure peu élevé. *Infostats*, 2(4). Document disponible sur le site Internet de l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec à l'adresse : <http://www.oiiq.org/uploads/periodiques/infostats/vol02n04/index.html>
- Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (2007). *L'Intégration professionnelle des infirmières immigrantes*. Disponible sur le site Internet de l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec à l'adresse : [http://www.oiiq.org/sites/default/files/231\\_doc.pdf](http://www.oiiq.org/sites/default/files/231_doc.pdf)
- Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (2004). *Les Infirmières formées à l'étranger et l'accès à la profession au Québec*. Disponible sur le site de l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec à l'adresse : [http://www.oiiq.org/sites/default/files/195\\_doc\\_0.pdf](http://www.oiiq.org/sites/default/files/195_doc_0.pdf)
- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing & Health*, 23(4), 334-340. doi: 10.1002/1098-240X(200008)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G
- Sandelowski, M. (1995). Sampling Size in Qualitative Research. *Research in Nursing and Health*, 18(2), 179-183. doi: 10.1002/nur.4770180211
- Winkelmann-Gleed, A. & Seeley, J. (2005). Strangers in a British world? Integration of international nurses. *British Journal of Nursing*, 14(18), 954-961.
- Withers, J. & Snowball, J. (2003). Adapting to a new culture: A study of the expectations and experiences of Filipino nurses in the Oxford Radcliffe Hospitals NHS Trust. *Nursing Times Research*, 8(4), 278-290. doi: 10.1177/136140960300800405
- Woodbridge, M. & Bland, M. (2010). Supporting Indian nurses migrating to New Zealand: a literature review. *International nursing review*, 57(1), 40-48. doi: 10.1111/j.1466-7657.2009.00783.x
- Yeates, N. (2004). A dialogue with global care chain analysis: nurse migration in the Irish context. *Feminist Review*, 77, 79-95. doi:10.1057/palgrave.fr.9400157
- Zhou, Y. Windsor, C., Coyer, F. & Theobald, K. (2010). Ambivalence and the experience of China-educated nurses working in Australia. *Nursing Inquiry*, 17(3), 186-196. doi: 10.1111/j.1440-1800.2010.00492.x

#### **Annexe 4**

Issy-Les-Moulineaux, le 28/04/2015

A l'attention de Mme Karine Philibert

Madame,

Suite à votre demande, nous vous accordons l'autorisation de reproduire le contenu mentionné ci-dessous **dans votre thèse**, et ce gratuitement, sous réserve que les conditions suivantes soient remplies :

1. Si une partie du contenu (par exemple des figures) que vous souhaitez réutiliser est apparue dans notre publication comme issue ou adaptée d'une autre source, vous devez également obtenir une autorisation de cette source. Si l'autorisation n'est pas obtenue, le contenu ne doit pas être inclus dans votre publication.
2. Toute modification du contenu d'origine est susceptible de porter atteinte au droit moral du ou des auteur(s) et devra par conséquent faire l'objet de son (leur) autorisation préalable et écrite.
3. Les références bibliographiques de la source d'origine doivent être dûment mentionnées, soit sous forme de note de bas de page soit au niveau des références bibliographiques à la fin de votre publication, sur le modèle suivant:

«Extrait de : *Noms des auteurs. Titre de l'ouvrage, page.* Copyright ©  
*année* Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés »

4. Votre thèse pourra être soumise auprès de votre établissement universitaire, soit sous forme papier soit sous forme électronique.
5. L'autorisation est donnée à titre non exclusif pour l'utilisation que vous avez décrite dans votre demande uniquement, en langue **française** uniquement, pour le monde entier. L'utilisation dans toute autre langue devra faire l'objet d'une nouvelle demande d'autorisation. L'autorisation exclut l'utilisation en format électronique en dehors de la soumission à votre établissement universitaire. Toute autre utilisation électronique envisagée doit faire l'objet d'une nouvelle demande d'autorisation.
6. Toute publication de votre thèse à des fins commerciales devra faire l'objet d'une nouvelle demande d'autorisation.

Bien cordialement,

**Charlotte PECCIA-GALLETTO**  
**Service juridique**  
**Elsevier Masson**

Marie-douce primeau <XX@hotmail.com>

ven. 2015-08-07 08:59

À :

Karine Philibert;

Bonjour Mme Philibert,

vous pouvez utiliser le graphique avec plaisir,

Cordialement,

Marie-Douce Primeau